

**Ressourcenrealisierung und Therapieerfolg
von Psychosomatikpatienten**

Von der Fakultät für Lebenswissenschaften
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina

zu Braunschweig

zur Erlangung des Grades einer
Doktorin der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

genehmigte

D i s s e r t a t i o n

von Miriam Deubner-Böhme
aus Köln

1. Referent:
2. Referent:
eingereicht am:
mündliche Prüfung (Disputation) am:

Professor Dr. Wolfgang Schulz
Professor Dr. Kurt Hahlweg
17.12.2007
22.04.2008

Druckjahr 2008

Zusammenfassung

Die Untersuchung der Bedeutung von Patientenressourcen für den psychotherapeutischen Alltag wurde bislang in der Forschung stark vernachlässigt - trotz in der Praxis immer lauter werdenden Forderungen nach einer stärkeren Berücksichtigung von Ressourcen in der Psychotherapie. Große konzeptuelle Unsicherheiten bestehen bzgl. einer einheitlichen Definition von Ressourcen. Es wurde das Ressourcenkonzept von Tröskel aufgegriffen und als Gegenstand der vorliegenden Arbeit die sog. Ressourcenrealisierung in den Mittelpunkt gestellt, da diese mittels eines gut evaluierten Fragebogens ökonomisch und reliabel erfassbar schien. Unter Ressourcenrealisierung wird die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit von Ressourcen als Maß für eine gelungene Bedürfnisbefriedigung verstanden. Im Rahmen der Psychotherapieforschung konnte insbesondere von der Forschungsgruppe um Grawe konsistent gezeigt werden, dass eine gezielte Aktivierung von Ressourcen innerhalb von Therapiesitzungen zu einem besseren Therapieergebnis führt und der Ressourcenaktivierung damit ein wichtiger Wirkfaktor für Psychotherapie zukommt. Ansonsten sind die Befunde zu Ressourcen und insbesondere zur Ressourcenrealisierung - im Gegensatz zu den gut untersuchten psychischen Belastungsmerkmalen- und weiteren therapeutisch relevanten Einflussgrößen spärlich.

Der Untersuchungsfokus der vorliegenden Arbeit konzentriert sich auf die stationäre psychosomatische Rehabilitation, welche in der in Deutschland existierenden Form einzigartig ist und aufgrund des breit gefächerten Diagnosespektrums psychischer Störungen eine umfassende Untersuchung verschiedenster psychischer Erkrankungen ermöglicht. Auch für die psychosomatische Rehabilitationsbehandlung stand im Rahmen von Effektivitätsüberprüfungen primär im Blickpunkt die Untersuchung störungsspezifischer Merkmale und deren Auswirkungen auf Therapieerfolg. Eine explizite und systematische Berücksichtigung von Patientenressourcen und deren Evaluierung in Hinblick auf den Therapieerfolg und Therapieprozess liegt bislang auch für die psychosomatische Rehabilitation nicht vor. Gleichzeitig erscheint gerade für die stationäre psychosomatische Behandlung die Stärkung von Ressourcen des Patienten zur Verbesserung seines psychosozialen Funktionsniveaus und zur Sicherung seiner Arbeitsfähigkeit erforderlich, auch vor dem Hintergrund, dass bezugnehmend auf die Konsistenztheorie des psychischen Funktionierens von Grawe von einer besonders geringen Ressourcenverfügbarkeit bei psychisch erkrankten stationär behandelten Patienten auszugehen ist.

Als vorrangiges Ziel der vorliegenden empirischen Arbeit ergab sich aus den Vorüberlegungen die systematische Beleuchtung von Ressourcen von psychosomatischen

Patienten, um anhand empirisch abgesicherter Befunde für den klinisch-therapeutischen Alltag Implikationen zur Verbesserung von (ressourcenorientierter) Psychotherapie und speziell psychosomatischer Rehabilitation ableiten zu können. Im Mittelpunkt steht die Annahme, dass der Ressourcenrealisierung eine zentrale Bedeutung für den Psychotherapieprozess und Psychotherapieerfolg zukommt. Dabei wurden folgende konkrete Untersuchungsfragen bzw. Annahmen formuliert: Zunächst interessierte, mit welchen Ressourcen Patienten zu Beginn einer psychosomatischen Rehabilitation ausgestattet sind. Dass Psychotherapie allgemein dazu beitragen kann, einen Ressourcenzuwachs zu begünstigen, sollte auch für die psychosomatische Rehabilitation nachweisbar sein. Erstmals wird in diesem Zusammenhang die klinische als auch statistische Bedeutsamkeit der Ressourcenveränderung beleuchtet. Darüber hinaus wurde die Ressourcenrealisierung in Beziehung zu Patientenmerkmalen, zu denen soziodemographische Personmerkmale, Erkrankungsmerkmale als auch psychische Belastungsmerkmale gezählt werden, sowie zu Behandlungs- und kurz- bzw. langfristigen Therapieerfolgsvariablen gesetzt, um den Einfluss der Ressourcenrealisierung auf gut untersuchte therapierelevante Einflussgrößen zu prüfen. Dabei kommt der Gegenüberstellung von Ressourcen und psychischen Belastungsmerkmalen und deren Bedeutung für Therapieerfolg ein wichtiger Stellenwert zu.

Die Studie entstand während der klinisch praktischen Tätigkeit der Autorin im Rahmen eines Forschungsprojektes an der salus klinik Lindow, welche eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung als auch Alkoholentwöhnungsbehandlung unter einem Dach vereinigt. Neben der für die vorliegende Arbeit interessierende Personengruppe der Psychosomatikpatienten erfolgte parallel eine im Studiendesign und -ablauf identische Erhebung an alkoholabhängigen Entwöhnungspatienten, die sich zum selben Zeitpunkt in der Klinik befanden, um einen umfassenden Vergleich der Ergebnisse der Psychosomatik- und Suchtstichprobe zu ermöglichen, verbunden mit der Frage, ob die Ressourcenverfügbarkeit und deren Veränderung während der Therapie für beide Patientengruppen identisch ist, und ob sich vergleichbare Zusammenhänge zu den untersuchten Einflussvariablen zeigen.

Insgesamt nahmen 186 psychosomatische Patienten an der Untersuchung teil. Es handelt sich um ein Prä-Post-Follow-up Design in einem naturalistischen Setting mit insgesamt drei Messzeitpunkten (Beginn und Ende der Behandlung, 1 Jahr nach Abschluss der Behandlung). Die gewonnenen Daten stammen neben der Ressourcenerhebung mittels des RES-Fragebogens zur Ressourcenselbsteinschätzung von Tröskén (2000) aus der standardmäßig durchgeführten Eingangs- und Abschlussdiagnostik, einer computerisierten Basisanamnese und der 1-Jahres-Katamnese der untersuchten Klinik. Die

Untersuchungsfragen wurden mittels Verfahren der prüfenden Statistik (T-Tests für unabhängige bzw. abhängige Stichproben, Korrelationen nach Pearson) sowie multivariate Verfahren wie lineare Regressionsanalysen und Varianzanalysen geprüft.

Allgemein bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie auch für die untersuchte Klinik klar die Effektivität psychosomatischer Rehabilitation: Die psychosomatische Rehabilitationsbehandlung erwies sich zum einen bezüglich der Sicherung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit als erfolgreich. Darüberhinaus konnte eine deutliche Verringerung der psychischen Belastung, als auch eine als gleich bedeutend einzustufende Verbesserung der Ressourcenwahrnehmung der psychosomatischen Patienten erzielt werden.

Bezugnehmend auf die konkreten Untersuchungsfragen verdeutlichen die Studienergebnisse, dass die stationären Psychosomatikpatienten bereits zu Behandlungsbeginn über ein gewisses Maß an subjektiv wahrgenommenen Ressourcen verfügen, welches mit dem einer ambulanten Psychotherapiegruppe vergleichbar ist. Der vorgefundene Ressourcenzuwachs während der psychosomatischen Rehabilitation ist vor dem Hintergrund, dass in der untersuchten Klinik keine gezielte explizite Ressourcenaktivierung stattfand als auch im Hinblick auf seine hohe statistische und klinische Bedeutsamkeit –den psychosomatischen Patienten gelang eine deutliche Annäherung an eine gesunde Population- bemerkenswert. Die Ressourcenrealisierung wird dabei weitestgehend unabhängig von sog. Patienteneingangsmerkmalen eingeschätzt. Hier scheinen nur Partnerschaft als auch Diagnosemerkmale eine Rolle für die Ressourcenverfügbarkeit zu spielen. Durchgängig zeigen die Untersuchungsergebnisse, dass eine hohe subjektive Ressourcenwahrnehmung mit einer niedrigen psychischen Belastung einhergeht. Hingegen unterscheiden sich die untersuchten Patienten in ihrer Ressourcenrealisierung nicht wesentlich in Abhängigkeit bestimmter zum Therapieende vorliegender Behandlungsmerkmale. Nur tendenziell ließ sich nachweisen, dass Patienten, die bereits zu Therapiebeginn mehr Ressourcen wahrgenommen haben, eine stärkere psychische Belastungsreduktion im Behandlungsverlauf zu verzeichnen hatten. Dafür weisen die Ergebnisse zu Zusammenhängen zwischen der Ressourcenrealisierung und Maßen für ein Jahr späteren Therapieerfolg auf eine prognostische Validität der Ressourcenrealisierung hin: Insbesondere anhand des wahrgenommenen Ressourcenausmaß zu Therapieende lassen sich Aussagen über die spätere Zufriedenheit als auch die rückblickende Therapiebewertung der Patienten ableiten. Eine direkte Gegenüberstellung der Ressourcenrealisierung und psychischer Belastung im Hinblick auf längerfristigen Therapieerfolg zur Überprüfung des Stellenwertes der Ressourcenrealisierung im Vergleich zu Belastungsmerkmalen im Psychotherapieprozess verdeutlicht durchgängig die Wichtigkeit

von psychischer Belastung für die Vorhersage von Therapieerfolg der Psychosomatikpatienten. Der Ressourcenrealisierung kommt hier nur eingeschränkt eine Relevanz für den längerfristigen Therapieerfolg zu. Es zeigte sich, dass sowohl eine hohe Ressourcenverfügbarkeit als auch ein geringes Ausmaß an psychopathologischer Symptomatik zu Therapieende späteren Therapieerfolg begünstigt. Ansonsten leistet die Ressourcenrealisierung unter Hinzuziehung psychischer Belastungsmerkmale keinen Vorhersagebeitrag für Therapieerfolg. Der die Arbeit abschließende Vergleich der psychosomatischen und alkoholabhängigen Patientengruppe der parallel angelegten Studie von Deppe-Schmitz (2008) weist auf deutliche Unterschiede sowohl bezüglich der Höhe des Ressourcenausmaßes bei einer deutlich geringeren Ressourcenverfügbarkeit von Psychosomatikpatienten im Vergleich zu Alkoholpatienten zu Therapiebeginn und –ende als auch bzgl. spezifischer Zusammenhänge zwischen der Ressourcenrealisierung und den genannten therapeutischen Einflussgrößen hin, was auf die Dringlichkeit einer diagnoseabhängigen Untersuchung von Ressourcen hinweist!

Aufgrund des aus der Praxis heraus entstandenen Forschungsprojektes interessierte insbesondere die klinische Relevanz der vorliegenden Studienergebnisse. Es kann festgehalten werden, dass der Durchführung einer Ressourcendiagnostik im klinischen Alltag zur Vorbereitung psychotherapeutischer Interventionen für den Psychotherapeuten ein wichtiger Stellenwert zukommen sollte. Dabei erscheint eine Ressourcenförderung gerade für Psychosomatikpatienten, die zu Therapiebeginn nur wenig Ressourcen wahrgenommen haben, besonders wichtig, um ein möglichst hohes Ressourcenausmaß zum Ende der Therapie zu erreichen, da dieses sich längerfristig besonders günstig auf den Behandlungserfolg auszuwirken scheint. Deutlich wird ein weiterer Forschungsbedarf zur genaueren Beleuchtung von Ressourcen für spezifische Diagnosegruppen aufgrund der vorgefundenen Unterschiede im Ressourcenausmaß in Abhängigkeit der Diagnose als auch die Einbindung der Untersuchung der Ressourcenrealisierung in die psychotherapeutische Prozessforschung. Darüber hinaus steht eine Normierung des RES-Fragebogens aus, um valide Aussagen über eine gerade für den klinischen Alltag relevanten „gesunden“, aber auch „defizitären“ Ressourcenausstattung machen zu können. Die Ergebnisse des vorliegenden Forschungsprojektes regen an, spezifische therapeutische ressourcenorientierte Interventionen zu entwickeln, um eine gezielte Ressourcenförderung im klinischen Alltag durchzuführen als auch weiter zu evaluieren, was sich auf eine weitere Verbesserung der Effektivität stationärer psychosomatischer Rehabilitation günstig auswirken sollte!

Vorwort

Meinen Dank möchte ich all jenen aussprechen, die mich bei der Realisierung und Durchführung dieser Dissertation unterstützt haben.

Ein ganz besonderer Dank gilt Herrn Professor Wolfgang Schulz, der diese Arbeit als externe Dissertation betreut hat sowie Herrn Dr. Johannes Lindenmeyer und der salus Klinik Lindow, die die Datenerhebung ermöglicht haben.

Herzlich danken möchte ich Uta Deppe-Schmitz, die mir während der gesamten Zeit eine wertvolle Begleiterin war und maßgeblich zur Realisierung dieses Projektes beigetragen hat.

Berlin, Dezember 2007

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|------------|
| Zusammenfassung | 3 |
| Vorwort | 7 |
| 1 Einleitung | 11 |
| 2 Theorie | 15 |
| 2.1 Ressourcen in der Psychotherapie..... | 15 |
| 2.1.1 Definition von Ressourcenrealisierung | 17 |
| 2.1.2 Ressourcenorientierung im Therapieprozess | 20 |
| 2.1.3 Ressourcenorientierte Diagnostik..... | 23 |
| 2.1.4 Relevanz für die vorliegende empirische Arbeit..... | 27 |
| 2.2 Psychotherapeutische Einflussgrößen und Therapieerfolg..... | 29 |
| 2.2.1 Patientenmerkmale und Therapieerfolg..... | 31 |
| 2.2.2 Behandlungsmerkmale und Therapieerfolg | 41 |
| 2.2.3 Ressourcen und Therapieerfolg | 46 |
| 2.2.4 Relevanz für die vorliegende empirische Arbeit..... | 49 |
| 2.3 Ressourcen und psychotherapeutische Einflussgrößen | 54 |
| 2.3.1 Ressourcen und Patientenmerkmale..... | 54 |
| 2.3.2 Ressourcen und Behandlungsmerkmale | 62 |
| 2.3.3 Relevanz für die vorliegende empirische Arbeit..... | 64 |
| 2.4 Ressourcen und Psychosomatik..... | 67 |
| 2.4.1 Psychosomatische Rehabilitation | 67 |
| 2.4.2 Ressourcenrealisierung und Therapieerfolg bei Psychosomatikpatienten | 72 |
| 2.4.3 Relevanz für die vorliegende empirische Arbeit..... | 75 |
| 3 Fragestellung..... | 77 |
| 4 Methode..... | 83 |
| 4.1 Untersuchungsdesign | 83 |
| 4.2 Durchführung der Untersuchung..... | 84 |
| 4.3 Variablen und Erhebungsinstrumente | 85 |
| 4.3.1 Erhebung der Ressourcenrealisierung | 86 |
| 4.3.2 Erhebung der Patientenmerkmale | 89 |
| 4.3.3 Erhebung der Behandlungsmerkmale | 90 |
| 4.3.4 Erhebung des längerfristigen Therapieerfolgs | 91 |
| 4.4 Beschreibung der Psychosomatikstichprobe..... | 92 |
| 4.4.1 Patientenmerkmale | 92 |
| 4.4.2 Behandlungsmerkmale..... | 96 |
| 4.4.3 Längerfristige Therapieerfolgsmerkmale | 97 |
| 4.5 Nonresponderanalysen | 98 |
| 4.5.1 Vergleich Psychosomatikpatienten mit/ohne Ressourcendiagnostik zu Therapieende | 98 |
| 4.5.2 Vergleich Psychosomatikpatienten mit/ohne Katamnese..... | 100 |
| 4.6 Statistische Verfahren | 100 |
| 5 Ergebnisse..... | 103 |
| 5.1 Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn | 103 |
| 5.2 Veränderung der Ressourcenrealisierung | 107 |
| 5.3 Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale | 114 |
| 5.3.1 Personmerkmale | 114 |
| 5.3.2 Erkrankungsmerkmale | 118 |
| 5.3.3 Merkmale psychischer Belastung | 125 |

| | | |
|--|---|------------|
| 5.4 | Ressourcenrealisierung und Behandlungsmerkmale | 131 |
| 5.5 | Ressourcenrealisierung und längerfristiger Therapieerfolg | 138 |
| 5.5.1 | Arbeitsfähigkeit..... | 138 |
| 5.5.2 | Therapiebewertung | 142 |
| 5.5.3 | Zufriedenheit | 145 |
| 5.6 | Ressourcenrealisierung, psychische Belastung u. längerfristiger Therapieerfolg | 149 |
| 5.6.1 | Arbeitsfähigkeit..... | 150 |
| 5.6.2 | Therapiebewertung | 152 |
| 5.6.3 | Zufriedenheit | 155 |
| 5.7 | Ressourcenrealisierung von Psychosomatik- und Suchtpatienten | 158 |
| 6 | Diskussion | 167 |
| 6.1 | Zusammenfassung der Ergebnisse..... | 167 |
| 6.2 | Bewertung der einzelnen Ergebnisse..... | 169 |
| 6.2.1 | Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn..... | 169 |
| 6.2.2 | Veränderung der Ressourcenrealisierung | 172 |
| 6.2.3 | Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale | 174 |
| 6.2.4 | Ressourcenrealisierung und Behandlungsmerkmale..... | 177 |
| 6.2.5 | Ressourcenrealisierung und längerfristiger Therapieerfolg..... | 179 |
| 6.2.6 | Ressourcenrealisierung, psychische Belastung und längerfristiger Therapieerfolg | 182 |
| 6.2.7 | Ressourcenrealisierung von Psychosomatik- und Suchtpatienten..... | 185 |
| 6.2.8 | Relevanz einzelner Ressourcenbereiche für die Psychotherapie | 192 |
| 6.3 | Relevanz für die psychotherapeutische Praxis..... | 197 |
| 6.4 | Stärken und Schwächen der Studie | 199 |
| 6.5 | Ausblick | 201 |
| 7 | Literatur..... | 205 |
| Anhang ..... | ..... | 227 |
| Anhang A Fragebögen ..... | ..... | 229 |
| A1 RES-Fragebogen zur Ressourcenselbsteinschätzung..... | ..... | 229 |
| A2 Katamnesefragebogen Psychosomatik, salus Klinik Lindow..... | ..... | 239 |
| Anhang B: Methoden..... | ..... | 243 |
| Tabellen..... | ..... | 243 |
| Abbildungen..... | ..... | 265 |
| Anhang C: Ergebnisse..... | ..... | 267 |
| Tabellen..... | ..... | 267 |
| Abbildungen..... | ..... | 273 |

1. Einleitung

Die Idee für die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen meiner praktischen Tätigkeit als klinische Psychologin in der salus klinik Lindow, einer verhaltensmedizinisch orientierten Klinik für psychosomatische Rehabilitation und Alkoholentwöhnung und ist in ein umfassendes Forschungsprojekt zu Ressourcen eingebettet.

Langjährige psychotherapeutische Erfahrung verdeutlichte, dass Patienten von der Therapie unterschiedlich gut profitieren und dass dies auch in Zusammenhang zu bringen ist mit den Ressourcen, über die Patienten trotz ihrer psychischen Erkrankung verfügen, insbesondere damit, inwieweit sie diese Ressourcen selbst als persönliche Potentiale für eine gesunde Lebensgestaltung wahrnehmen und als hilfreich bewerten. Die Sichtung der Forschungsliteratur zu dieser Thematik machte deutlich, dass es bislang allgemein kaum Literatur zur Bedeutung von Patientenressourcen gibt und konsistenztheoretische Überlegungen zur Rolle von Ressourcen für den Psychotherapieerfolg bislang noch unzureichend empirisch abgesichert sind. Gerade für die psychotherapeutische Praxis, in der die Berücksichtigung von Ressourcen zunehmend gefordert und gefördert wird, wäre es wünschenswert, neben der üblicherweise defizitorientierten Therapie zur Krankheitsbewältigung der psychischen Störungen, eine Haltung der Ressourcenorientierung einzunehmen, die neben der Störung auch die Stärken und Potentiale der Patienten beachtet. Bislang existieren jedoch keine spezifischen ressourcenorientierten Therapieanleitungen. Auch in der salus klinik Lindow wurde einer Ressourcenorientierung bislang kein expliziter Stellenwert eingeräumt.

Um so wichtiger erschien daher, gerade auch vor dem Hintergrund des Mangels an empirisch abgesicherten Studien, als zentrales Anliegen des vorliegenden Forschungsprojekts die systematische Erfassung von Ressourcen im Psychotherapieprozess und die Untersuchung der Bedeutung von Ressourcen für Psychotherapieerfolg. Da die Idee für die vorliegende Arbeit in der Praxis entstand, interessierte neben einer empirischen Absicherung der Rolle von Ressourcen im klinischen Setting auch das Aufzeigen von Möglichkeiten für die praktisch arbeitenden Psychotherapeuten zur Gestaltung einer ressourcenorientierten Therapie. Aufgrund der Tatsache, dass in der salus klinik Lindow sowohl Alkoholentwöhnungsbehandlung als auch psychosomatische Rehabilitation unter einem Dach mit einem nahezu identischen Behandlungssetting durchgeführt wird, bot sich im Rahmen des Forschungsprojektes aufgrund der guten Vergleichbarkeit die Durchführung einer im Studiendesign und –ablauf

parallel angelegten Untersuchung für die beiden Patientengruppen der Psychosomatik- und alkoholabhängigen Patienten an. Es ergab sich dadurch eine enge Kooperation mit Frau Deppe-Schmitz, welche die alkoholabhängigen Patienten im Hinblick auf ihre Ressourcen untersuchte (vgl. Deppe-Schmitz, 2008).

Für die vorliegende Arbeit wurde eine Stichprobe von Psychosomatikpatienten ausgewählt. Es existiert zwar mittlerweile eine Vielzahl an Studien, die die Effektivität psychosomatischer Rehabilitation belegen. Jedoch gab es bislang keine Forschungsbemühungen, die die Rehabilitationsbehandlung aus einer ressourcenorientierten Perspektive heraus betrachtet bzw. evaluiert haben. Dieser Mangel soll in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen werden und einen Beitrag zur Aufklärung zur Rolle der Ressourcenrealisierung in der psychosomatischen Rehabilitation leisten.

Aufgrund der Fülle existierender Definitionen von Ressourcen wurde die Ressourcenrealisierung ausgewählt, da diese bislang als einzige über den Ressourcenfragebogen (RES) systematisch und ökonomisch zu erfassen ist. Dabei interessierte darüber hinaus gerade eine subjektive Ressourceneinschätzung, da diese einen maßgeblichen Zusammenhang zum aktuellen Befinden und psychischen Gesundheitszustand der Patienten aufweisen sollte und nur solche Handlungsmöglichkeiten, über die sich eine handelnde Person im Klaren ist, von realer Wirksamkeit sind (Foppa, 1988). Die Variablenauswahl der übrigen Merkmale richtete sich zum einem nach dem Generic Modell von Orlinsky und Howard (1987, 1994). Andererseits orientierte sich die Auswahl an den vorhandenen standardmäßig erfassten Variablen der untersuchten Klinik.

Aufgrund der parallel durchgeführten Untersuchung einer Psychosomatik- und einer Suchtstichprobe mit dem Ziel eines Vergleichs der beiden Studien als auch aufgrund der bislang nur rar vorhandenen diagnosespezifischen Literatur zu Ressourcen ist der Aufbau beider Arbeiten gleich angeordnet und führte –auch um Redundanz zu vermeiden- zur gemeinsamen Verfassung einzelner explizit gekennzeichnete Kapitel.

Im ersten **theoretischen Teil** der Arbeit wird zunächst allgemein eine Systematisierung und Einordnung von Ressourcen vorgestellt, um das verwendete Ressourcenkonzept der Ressourcenrealisierung besser abgrenzen zu können. Es wird ein Forschungsüberblick über Studien gegeben, die dazu beitragen, den Zusammenhang zwischen der Ressourcenrealisierung und diversen Patienten- und Behandlungsmerkmalen sowie Therapieerfolg herauszuarbeiten. Aufgrund unzureichender Studien zur Ressourcenrealisierung musste einerseits auch auf Studien zu Ressourcen im weiteren

Sinne als auch auf Studien zur Rolle von Patienten- und Behandlungsmerkmale allgemein für den Psychotherapieprozess zurückgegriffen werden, um die Bedeutung der Ressourcenrealisierung für den Psychotherapieprozess und Therapieerfolg herausarbeiten zu können. Eine getrennte Betrachtung unter Berücksichtigung der spezifischen Diagnosegruppen erschien an dieser Stelle aufgrund mangelnder Forschungsergebnisse nicht lohnend, so dass die bislang aufgeführten genannten Aspekte allgemein für beide Diagnosegruppen gelten und analog in der Arbeit von Deppe-Schmitz (2008) zu finden sind. Die Bedeutung des psychosomatischen Therapiesettings bzw. die Zusammenfassung der existierenden Literatur zu Ressourcen bei Psychosomatikpatienten wurde in dem den Theorieteil abschließenden Kapitel der vorliegenden Arbeit beleuchtet. Zu jedem theoretischen Themenkomplex wird die Relevanz für die vorliegende Arbeit abgeleitet.

Die **Fragestellung** basiert auf der nach jedem Theoriekapitel zusammengefassten abgeleiteten Relevanz für die vorliegende Arbeit und wurde, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit der Untersuchung von Deppe-Schmitz (2008) zu gewährleisten, für die Suchtstichprobe analog abgeleitet.

Im **Methodenteil** wird neben der Vorstellung des Untersuchungsdesigns und der zu untersuchenden Variablen dem Fragebogen zur Ressourcenselbsteinschätzung (RES) und dessen Gütekriterien als Hauptbestandteil der Untersuchung ein großer Stellenwert eingeräumt. Aufgrund der parallel gestalteten Studie von Deppe-Schmitz (2008) findet sich die Beschreibung dieser bislang genannten methodischen Aspekte auch in der Untersuchung an den Alkoholpatienten bzw. die Evaluierung des RES-Fragebogens erfolgte an der gesamten Stichprobe der Sucht- und Psychosomatikpatienten. Die untersuchte Stichprobe der Psychosomatikpatienten wird inkl. Non-Responderanalysen bezüglich aller erhobenen Merkmale ausführlich beschrieben.

Die **Ergebnisse** werden analog zur Fragestellung gegliedert. Im abschließenden letzten Ergebniskapitel wird ein direkter Vergleich der Psychosomatikstichprobe mit der von Deppe-Schmitz untersuchten Suchtstichprobe vorgenommen, welches folglich identisch auch bei Deppe-Schmitz (2008) vorliegt. Zur übersichtlicheren Gestaltung der Ergebnisse erfolgt nach jedem Unterkapitel eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.

Anknüpfend an das oben formulierte Anliegen, ein praxisnahes und praxisrelevantes Forschungsprojekt zu verwirklichen, erfolgt die **Diskussion** schwerpunktmäßig im Hinblick auf die Frage nach der Relevanz der Ergebnisse für die psychotherapeutische Praxis. Die Diskussion der Einzelergebnisse erfolgt analog der Gliederung des Ergebniskapitels und

schließt zusätzlich einen Exkurs zur Bedeutung einzelner Ressourcenaspekte für den Therapieprozess bei psychosomatischen Patienten ein. Als Besonderheit des Forschungsprojektes wird in einem für beide Studien identischen Kapitel (Kap. 6.2.7) eine Gegenüberstellung der Ergebnisse der beiden untersuchten Stichproben vorgenommen und diskutiert. Weiterhin sind die abschließende Diskussion von Ableitungen für die psychotherapeutische Praxis, von Stärken und Schwächen der Arbeit als auch die Formulierung eines Ausblicks das gesamte Forschungsprojekt betreffend gemeinsam verfasst und analog auch in der Arbeit von Deppe-Schmitz (2008) zu finden.

Miriam Deubner-Böhme

2. Theorie

Der theoretische Hintergrund der Arbeit wird im Folgenden beleuchtet. Dabei steht zunächst die Eingrenzung des in der vorliegenden Arbeit verwendeten Ressourcenkonzeptes im Vordergrund. Daran anschließend erfolgt eine Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstands zum Zusammenhang diverser psychotherapeutischer Einflussgrößen (Patienten- und Behandlungsmerkmale) auf den Therapieerfolg. Die Bedeutung dieser Einflussgrößen für Ressourcen und umgekehrt wird in die gängige Literatur eingeordnet¹. Der letzte Punkt beinhaltet die Darstellung der Rolle von Ressourcen für psychosomatische Patienten. In der Arbeit von Deppe-Schmitz (2008) wird parallel dazu auf die Bedeutung von Ressourcen bei Suchtpatienten eingegangen. Nach jedem Unterkapitel wird die Relevanz für die vorliegende Arbeit und zu untersuchenden Frage anhand des aktuellen Forschungsstandes abgeleitet.

2.1 *Ressourcen in der Psychotherapie*

Wenn in der klinischen Psychologie von Ressourcen gesprochen wird, richtet sich der Fokus in der Regel auf Stärken und Potentiale einer Person. Ressourcenorientierung gilt als Gegenpol zur Problemorientierung (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Grawe, 1997; de Shazer, 1989; Walter & Peller, 1994), zur pathogenetischen Tradition (Antonovsky, 1997; Udris, Kraft, Mulheim, Musmann & Rimann, 1992), zu einer klinifizierenden Sichtweise (Bastine & Tuschen, 1996), zu Belastungen (Badura, 1981), zu Stressoren (Gutscher, Horning & Flury-Kleuber, 1998) und Vulnerabilitäten (Jerusalem, 1990) bzw. einer Defizitperspektive (Hobfoll, 1989; Nestmann, 1996). Das Verhältnis zwischen Ressourcen- und Problemorientierung wird in der Literatur unterschiedlich beschrieben. Einige Autoren betrachten Ressourcenorientierung in der Psychotherapie als gleichwertig neben der Defizitorientierung (z.B. Fiedler, 1997; Becker, Bös, Opper, Woll & Wustmanns, 1996). Andere Autoren verstehen Ressourcen und Probleme als Pole derselben Dimension (Jerusalem, 1990) bzw. als Marker auf einem Kontinuum mit fließenden Übergängen zwischen Gesundheit und Krankheit (Antonovsky, 1997). Wieder andere Autoren verstehen Ressourcen und Probleme als unabhängige Dimensionen (Becker, 1998; Lutz & Mark, 1995; vgl. auch Tröskén & Grawe, 2004).

¹ Die Kapitel 2.1-2.3 wurden gemeinsam mit Frau Deppe-Schmitz verfasst und sind in der Dissertation von Deppe-Schmitz (2008) ebenfalls zu finden.

Der Versuch, eine einheitliche Definition von Ressourcen zu geben, gestaltet sich aufgrund der Vielzahl von Definitionsversuchen und unterschiedlicher Betrachtungsperspektiven schwierig. Nestmann (1996) fasst zusammen:

„Letztlich alles, was von einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation wertgeschätzt wird oder als hilfreich erlebt wird, kann als eine Ressource betrachtet werden“ (Nestmann, 1996, S. 362).

Willutzki (2003) definiert in einem Übersichtsartikel im Ressourcen-Handbuch von Schemmel und Schaller (2003) als wesentliche Bestimmungsstücke von Ressourcen die Funktionalität der Ressource sowie die subjektive Bewertung der Ressource als Ressource. Letztere ist abhängig von der Person, von ihren Vorstellungen über Wege der Zielerreichung und von emotional geprägten Bezugssystemen. Schiepek und Cremers (2003) betonen darüber hinaus neben der Berücksichtigung des Zieles bzw. Zwecks auch die Bedeutung der zur Verfügung stehenden Strategien für die Zielerreichung.

Klemenz (2003a) stellt im Rahmen seines umfassenden Überblicks zu ressourcentheoretischen Grundlagen fest, dass die meisten Ressourcenkonzepte die instrumentelle Funktion von Ressourcen zur Bewältigung von Aufgaben, Anforderungen und Schwierigkeiten fokussieren (vgl. auch Jerusalem, 1990; Becker, 1992, 1995; Schröder, 1997; Schröder & Schwarzer, 1997; Tesch-Römer, Salewsky & Schwarz, 1998; Hornung & Gutscher, 1994; Gutscher et al., 1998).

In der Forschung zur Krankheitsbewältigung werden Ressourcen insbesondere als maßgebliche Determinante für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung gesehen (Schröder, 1997; Leppin & Schwarzer, 1997). In der Gesundheitspsychologie treten salutogenetische Aspekte verbunden mit der Frage „Was schützt Gesundheit?“ in den Vordergrund (Antonovsky, 1997). Die Rolle sozialer und personaler Ressourcen wird hier im Hinblick auf deren Bedeutung für den Erhalt bzw. die Förderung von seelischer und körperlicher Gesundheit und Wohlbefinden verstanden (Beutel, 1989; Antonovsky, 1997; Abele & Becker, 1994; Becker, 1997; Schröder & Schwarzer, 1997). Ressourcen werden somit definiert als vorab gegebene Bedingungen, die einem Copingprozess vorgeschaltet sind (Lazarus & Folkman, 1987; siehe auch Kap. 2.1.1).

Neben dem copingthematischen Verständnis von Ressourcen liegen vielen Ressourcenkonzepten auch bedürfnistheoretische Überlegungen zugrunde. Zentral ist hierbei, dass menschliches Handeln zielgerichtet erfolgt und der Befriedigung von

Grundbedürfnissen dient (z.B. Allport, 1961; Maslow, 1977; Rogers, 1983; Gasiet, 1981; Ford, 1992; Epstein, 1991; Steele, 1988). Übergeordnete Prozesse, die das Zusammenwirken dieser Grundbedürfnisse regeln, werden im Rahmen von konsistenztheoretischen Überlegungen beschrieben (Grawe, 1998; siehe auch Kap. 2.1.1).

In der vorliegenden empirischen Arbeit stehen weniger so genannte externe oder Umweltressourcen, sondern personale Ressourcen im Vordergrund (zur Einteilung von Ressourcen in verschiedene Ressourcentaxonomien siehe z.B. Becker, 1997; Leppin & Schwarzer, 1997; Klemenz, 2003a; Hornung & Gutscher, 1994; Hobfoll & Vaux, 1993, Hobfoll, 1989; Petzold, 1997). Diese spielen nach Riman und Udris (1994) im Gegensatz zu externen Ressourcen bei der Bewältigung von Anforderungen und Belastungen eine entscheidende Rolle aufgrund ihrer handlungsregulierenden und –steuerenden Funktion. Des weiteren wird in dieser Untersuchung von einem Ressourcenverständnis im Sinne der konsistenztheoretischen Ressourcenperspektive von Grawe (1998) ausgegangen:

„Als Ressource kann jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden, also z.B. motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Geschmack, Einstellungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Interaktionsstile, physische Merkmale wie Aussehen, Kraft, Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten sowie seine zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Gesamtheit all dessen stellt, aus der Ressourcenperspektive betrachtet, den Möglichkeitsraum eines Patienten dar, in dem er sich gegenwärtig bewegen kann oder, anders ausgedrückt, sein positives Potential, das ihm zur Befriedung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung steht“ (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S.67).

Im Folgenden wird das Konzept der Ressourcenrealisierung von Trösken (2002) vorgestellt, das sich an dem Ressourcenverständnis von Grawe und seiner Konsistenztheorie psychischen Funktionierens (1998) orientiert. Der Stand der Forschung zu Ressourcenorientierung im Psychotherapieprozess wird zusammengefasst und schließlich ein Überblick über aktuelle ressourcenorientierte Diagnostik gegeben.

2.1.1 Definition von Ressourcenrealisierung

Das Konzept der Ressourcenrealisierung kann den personalen Ressourcen zugeordnet werden. Diese personale Ressourcen werden von Trösken (2002) aus zwei unterschiedlichen Perspektiven betrachtet: Unter Ressourcenpotentialen werden Fähigkeiten

und Fertigkeiten einer Person verstanden, die zur Bedürfnisbefriedigung eingesetzt werden können. Es ist dabei nicht zwingend notwendig, dass sich die Person ihrer Ressourcenpotentiale bewusst ist, sondern sie müssen nur objektiv verfügbar sein bzw. von einer Außenperspektive heraus einschätzbar sein. Ressourcenrealisierung bezieht sich hingegen auf sog. subjektive Ressourcen (Jerusalem, 1990; Leppin, 1997), die von der Person als verfügbar wahrgenommen werden. Tröskén (2002) definiert Ressourcenrealisierung im Rahmen der Konsistenztheorie des psychischen Funktionierens von Grawe (1998) als ein Maß für das aktuelle Kongruenzerleben im Hinblick auf die Bedürfnisse einer Person.

Psychisches Funktionieren im Rahmen der Konsistenztheorie wird vor dem Hintergrund der Befriedigung von Grundbedürfnissen verstanden, die im Zuge der Ontogenese ausdifferenziert und in individuelle motivationale Ziele operationalisiert werden (Grosse-Holtforth & Grawe, 2000). Anzahl und Gewichtung der von den Autoren jeweils aufgeführten Grundbedürfnisse unterscheiden sich jedoch (vgl. auch Grawe, 1998). Als empirisch abgesichert gelten in Anlehnung an Epsteins Cognitive Experiential Self Theory (1990) folgende vier Grundbedürfnisse: ein Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung, ein Bedürfnis nach Selbstwertschutz oder Selbstwerterhöhung, ein Bedürfnis nach Bindung und ein Bedürfnis nach einer positiven Lust-Unlust-Bilanz. Gelingt die Umsetzung motivationaler Ziele nicht oder unzureichend, spricht Grawe von motivationaler Inkongruenz.

Hohes Inkongruenzerleben bedeutet, dass die Bereitschaft zum Erwerb neuer Fähigkeiten bzw. Ressourcen verhindert wird. Fehlende Ressourcen und mangelnde Realisierung von grundsätzlich verfügbaren Ressourcen stellen dabei wesentliche Quellen für hohes Inkongruenzerleben dar (vgl. Grosse-Holtforth & Grawe, 2004). Liegt nun ein dauerhafter oder erheblicher Mangel an Ressourcenrealisierung vor, wird das Inkongruenzerleben einer Person chronisch oder in seinem Ausmaß zu stark. Dabei ist die psychische Konsistenz der Person gefährdet: Inkonsistenz kann entstehen, was nach Grawe (1998, 2004) als Unvereinbarkeit gleichzeitig ablaufender psychischer Prozesse miteinander zu verstehen ist. Die Person wird nun alle psychischen Prozesse danach ausrichten, sich gegen konsistenzgefährdende Informationen abzuschirmen. Zwar sichern diese Prozesse der Konsistenzsicherung zunächst adaptiv das psychische Überleben und Funktionieren. Mittel- und längerfristig werden jedoch Prozesse des Neuerwerbs adaptiver Potentiale zu einem grundsätzlich befriedigenderen Umgang mit Bedürfnissen behindert. Maladaptive Ordnungsmuster im Rahmen von psychopathologischen Störungen entstehen und werden selbst zu Quellen des Inkongruenzerlebens (Grawe, 1998). Dieses Phänomen wird auch von Hobfoll (1989) in seiner Theorie der Ressourcenkonservierung mit Hilfe sog.

Ressourcengewinn- und Ressourcenverlustspiralen beschrieben: Eine umfassende Basis an Ressourcen ermöglicht einen schnellen Zugewinn von Ressourcen, während Menschen mit wenigen Ressourcen stärker gefährdet sind, weitere Ressourcen zu verlieren und es ihnen schwerer fällt, neue Ressourcen hinzuzugewinnen (Hobfoll, 1989).

Aus der bewältigungsorientierten Perspektive wird davon ausgegangen, dass ein schwaches Maß an Ressourcen Menschen vulnerabel für die nachfolgende Auseinandersetzung mit einer Stresssituation macht. Dagegen begünstigt eine hohe Verfügbarkeit von Ressourcen eine erfolgreiche Bewältigung der stressigen Situation bzw. führt zusätzlich auch zu einer Stabilisierung oder Förderung von Gesundheit (Becker, 1997). Abhängig von der Bewertung der Situation hinsichtlich der für die Bewältigung auf der vorhandenen Ressourcengrundlage gegebenen Handlungsoptionen entscheidet die Person letztlich, ob sie die wahrgenommenen Ressourcen in der aktuellen Situation sinnvoll einsetzen kann und es somit zu einer erfolgreichen Bewältigung der Stress- bzw. Belastungssituation kommt (Lazarus & Folkman, 1984, 1987; Schröder & Schwarzer, 1997).

Damit „... beruht das Bewältigungsverhalten primär auf der subjektiven Ressourceneinschätzung, weniger dagegen auf den objektiven Voraussetzungen, das heißt dem tatsächlichen Vorhanden sein von Ressourcen“ (Schröder & Schwarzer, 1997, S.174)

Im Vergleich zu objektiv bereitgestellter Unterstützung stehen subjektiv wahrgenommene Ressourcen bzw. die Ressourcenrealisierung im engeren Zusammenhang zur Gesundheit einer Person (Antonowsky, 1997; Leppin, 1994), was in mehreren Studien zur sozialen Unterstützung bestätigt werden konnte (Jerusalem, 1990; Leppin & Schwarzer, 1997). Diesen subjektiv wahrgenommenen Ressourcen kommt dabei insbesondere eine hohe Bedeutung für die Bewältigung von Aufgaben und für das allgemeine Wohlbefinden zu. Bei Personen mit psychischen Beeinträchtigungen liegt aufgrund ihrer Demoralisierung und der damit einhergehenden negativen Affektivität (vgl. z.B. Grawe, 1998) eine geringere Wahrnehmung positiver Eigenschaften vor (Willutzki, 2000a), was zu einer verminderten subjektiven Ressourcenverfügbarkeit führt.

Eine ausreichende Ressourcenrealisierung stellt also eine Voraussetzung für psychisches Funktionieren im Sinne der Graweschen Konsistenztheorie aber auch für eine erfolgreiche Bewältigung von Stresssituationen dar, während (chronisch) unzureichende Ressourcenrealisierung die Entwicklung psychischer Erkrankung begünstigt.

2.1.2 Ressourcenorientierung im Therapieprozess

Psychotherapeutisches Denken und Handeln ist in den letzten Jahren zunehmend von Ressourcenorientierung geprägt. Insbesondere Grawe (1997, 1998) plädiert neben einer störungsspezifischen Problembearbeitung auch für eine gezielte Ressourcenanalyse und Ressourcenaktivierung innerhalb der Psychotherapie:

„Es gibt gute Gründe für die Annahme, dass die Ressourcen der Patienten für die Indikation und Wirkung von Psychotherapien eher eine noch größere Bedeutung haben als die Art ihrer Probleme“ (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 63).

Klemenz (2003a) stellt fest, dass Ressourcenorientierung kein grundsätzlich neuer Ansatz in Psychotherapie und Beratung ist, sondern neben den aktuellen Beiträgen der Gruppe um Grawe auch verankert ist in humanistischen, wachstumsorientierten Therapierichtungen (Rogers, 1951; Tausch, 1979), bei Familientherapeuten (Karpel & Brauers, 1986), in der Hypnotherapie (Erickson & Rossi, 1993), im lösungsorientierten Therapiemodell von de Shazer (1985), im „Meisterungskonzept“ der Mount Zion-Forschungsgruppe (Sampson & Weiss, 1986), in der „positiven Psychotherapie“ von Peseschkian (1977), in der Selbstmanagement-Therapie von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996), im Konzept des euthymen Erlebens und Handelns von Lutz (1983), in der „Power Therapy“ von Aleksjuk (1996), in der „Integrativen Therapie“ (Petzold, 1997), in der „Systemischen Therapie“ (Schiepek, 1999) und in der „Positive Therapy“ von Seligman (2002).

Eine zentrale Aufgabe von Psychotherapie kommt also auch dem Auf- und Ausbau positiver Möglichkeiten und Fähigkeiten im Sinne einer Ressourcenförderung zu. Dafür ist die Durchführung einer Ressourcenanalyse im Sinne eines Diagnostikums als Hilfestellung für Fallkonzeption und Therapieplanung sinnvoll (siehe auch Itten, Tröskén & Grawe, 2004; vgl. auch Kap. 2.1.3), aber auch die konkrete Formulierung von Ressourcenförderung als explizites Therapieziel.

Klemenz (2003b) gibt einen Überblick über therapeutische Interventionsstrategien zur Förderung personaler und sozialer Ressourcen, wobei er zwischen dem Aufbau neuer und der Aktivierung bereits vorhandener Ressourcen unterscheidet. Erste empirische Befunde weisen darauf hin, dass eine Ressourcenförderung durch Psychotherapie stattfindet und

Patienten neue Ressourcen erwerben (Schiepek & Cremers, 2003; Tröskén & Grawe, 2004; vgl. Kap. 2.2.3).

Mit der Entwicklung ihres Konzepts der Ressourcenaktivierung betonen Grawe und Grawe-Gerber (1999) die hohe Relevanz von Ressourcenförderung für die Gestaltung eines erfolgreichen therapeutischen Prozesses bzw. die Herbeiführung von Veränderung:

„Ressourcenaktivierung heißt nun, unter der Vielzahl dieser Merkmale solche aufzuspüren, die für den Patienten motivational stark besetzt und für sein Selbstwertgefühl besonders wichtig sind, um diese für den therapeutischen Veränderungsprozess zu mobilisieren“ (Grawe, 1998, S. 32).

Für die Psychotherapie bedeutet dies, an das vorhandene Ressourcenpotential eines Patienten anzuknüpfen bzw. es weiter zu fördern. Hier kann zwischen einer inhaltlichen Thematisierung und einer prozessualen Aktivierung von Ressourcen unterschieden werden. Inhaltliche Thematisierung kann beispielsweise durch eine gezielte Aufmerksamkeitsfokussierung auf vorhandene Ressourcen durch das direkte Ansprechen von Ressourcen erreicht werden. Unter prozessualer Aktivierung wird die Aktivierung von Ressourcen innerhalb einer Therapiesitzung verstanden. Der Patient erlebt sich so von seiner positiven Seite und kann sich im Sinne seiner Ressourcen verhalten. Beispiel für prozessuale Aktivierung stellt die Förderung positiver Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung mit Hilfe der komplementären Beziehungsgestaltung dar (Grawe, 1992).

Klemenz (2003b) aber auch Schiepek und Cremers (2003) weisen zusätzlich auch auf die Bedeutung einer aktionalen Ressourcenaktivierung hin, d.h., dass der Patient seine Fähigkeiten direkt im therapeutischen Setting zeigen kann:

„Ressourcen müssen über ressourcenorientierte Gespräche hinaus im realen Tun erfahren werden.“ (Schiepek & Cremers, 2003; S. 222)

Die gezielte Aktivierung von Ressourcen im psychotherapeutischen Prozess soll im Sinne eines positiven Rückkoppelungsprozesses zwischen therapeutischen Interventionen, der Therapiebeziehung und Prozessen auf Seiten des Patienten eine Befindlichkeits- und Symptomverbesserung herbeiführen:

„Je mehr es dem Therapeuten gelingt, vorhandene Ressourcen des Patienten zu aktivieren, umso mehr wird dieser positive Wahrnehmungen im Sinne seines Kontrollbedürfnisses machen.“ (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, S. 67)

Aus konsistenztheoretischer Sicht fördert die Ressourcenaktivierung beim Patienten bedürfnisbefriedigende Erfahrungen und begünstigt selbstwerterhöhende oder positive Kontrollerfahrungen (Grawe, 2004). Diese vom Patienten positiv wahrgenommenen Veränderungen sollen die Bereitschaft erhöhen, sich mit der Problembearbeitung auseinanderzusetzen, was in mehreren Studien der Arbeitsgruppe um Grawe bestätigt werden konnte: Bei einem Vergleich von auf Seiten des Patienten als produktiv versus als unproduktiv erlebten Therapiesitzungen zeigte sich, dass diese sich insbesondere hinsichtlich des Ausmaßes an Ressourcenaktivierung unterschieden. Als konstruktiv wurden die Sitzungen erlebt, die neben der Problemaktualisierung auch eine gleichzeitig hohe Ressourcenaktivierung aufwiesen (Smith 1999, 2001). Die Ergebnisse einer Studie von Gassmann und Grawe (2004) verdeutlichen, dass Therapien mit einem positiven Therapieergebnis gekennzeichnet waren durch mehr aktivierte Ressourcen auf Seiten des Patienten als auch verstärkte ressourcenaktiverende Interventionen des Therapeuten, was auch von Regli, Bieber, Mathier und Grawe (2000) für den Vergleich erfolgreicher und weniger erfolgreicher Therapie im Großen und Ganzen bestätigt werden konnte.

Mehrere Untersuchungen weisen auf die Bedeutung von Ressourcenaktivierung für die therapeutische Beziehung hin (Frank, 1981; Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Regli, 2000; Willutzki, 2000a). Dick (1999) konnte bei einer gezielten Ressourcenaktivierung innerhalb der Psychotherapiestunde neben einer Steigerung des Wohlbefindens positive Auswirkungen auf die Qualität der Therapiebeziehung nachweisen. Der Autor stellte fest, dass die Kooperationsbereitschaft des Patienten anstieg, aber auch Engagement und Wertschätzung des Therapeuten gegenüber dem Patienten.

Ressourcenaktivierung wird von Grawe neben der Problemaktualisierung, der motivationalen Klärung und der Problembewältigung als primäres Wirkprinzip der Psychotherapie verstanden, das den gesamten Therapieprozess durchzieht und damit eher einer therapeutischen Haltung als einer therapeutischen Technik entspricht (Grawe & Grawe-Gerber, 1999, siehe auch Kap. 2.2.3).

Die Wichtigkeit eines ressourcenorientierten Vorgehens in der Psychotherapie wird auch unterstrichen durch aktuelle Ergebnisse von einer Therapievergleichsstudie von Willutzki (2000b). Sie konnte die Überlegenheit eines kombinierten ressourcenorientierten

und kognitiv-behavioralen Vorgehens gegenüber einem rein kognitiv-behavioralem Vorgehen bei der Behandlung von sozialer Phobie nachweisen. Auch Fiedler (2004) betont die Relevanz der Einnahme einer ressourcenorientierten Perspektive für die erfolgreiche Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (vgl. auch Kap. 2.2.3).

2.1.3 Ressourcenorientierte Diagnostik

Es gibt eine Vielzahl von störungsbildbezogenen Fragebögen, die von einer defizitären und pathologisierenden Sichtweise dominiert sind. Vereinzelt Fragebögen beschäftigen sich mit ausgewählten ressourcenorientierten Aspekten, wie beispielsweise der Fragebogen zur sozialen Unterstützung (FSOZU, Sommer & Fydrich, 1988), der Stressverarbeitungsfragebogen (SFV) von Janke et al. (1985) oder auch der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) von Krampen (1991).

Erste ressourcenorientierte diagnostische Ansätze im englischsprachigen Bereich wurden von Vertretern der „Positiven Psychotherapie“ (Snyder & Lopez, 2002) im „Handbook of Positive Psychological Assessment“ (Lopez & Snyder, 2002) vorgestellt, die jedoch im deutschsprachigen Raum weitgehend unbekannt sind und bisher keine Verwendung fanden.

Nach Klemenz (2003a) *„... mangelt es der Ressourcendiagnostik an standardisierten diagnostischen Verfahren, die eine operationalisierte und damit möglichst reliable Diagnostik von Person-Umwelt-Ressourcen erlauben“* (S. 325), so dass bislang auf störungsspezifische Verfahren zurückgegriffen werden musste. Mit der Entwicklung einer umfassenden Ressourcendiagnostik in Deutschland beschäftigten sich erst in den letzten Jahren einige Forschergruppen.

In diesem Zusammenhang muss das Ressourceninterview von Schiepek und Cremers (2003) genannt werden, das sein Hauptaugenmerk auf wahrnehmbare und erlebbare Ressourcen legt. Jack (2001) entwickelte als Gegenstück zur SCL 90 (Franke, 1995) auf dem Hintergrund des von Antonowsky postulierten Gesundheits-Krankheits-Kontinuums (1979, 1987) einen Fragebogen zur Erfassung gesundheitsrelevanter und psychotherapeutisch interessierender Ressourcen bzw. Ressourcendefizite. Klemenz (2003a) stellt eine multimodale und multiaxiale Ressourcendiagnostik für Kinder und Jugendliche vor unter der Einbeziehung von Interviews, Verhaltensbeobachtungen sowie ressourcenzentrierter Testdiagnostik.

Ein zentrales Anliegen der Forschungsgruppe um Grawe ist es, das therapeutische Vorgehen individuell auf den einzelnen Patienten zuzuschneiden. Grawe (1995) fordert eine psychotherapeutische Diagnostik darauf auszurichten, *„die vom Patienten mitgebrachten Stärken, Eigenarten, Gewohnheiten, Fähigkeiten, Einstellungen und Ziele auszumachen, die für den Veränderungsprozess gezielt genutzt werden können“* (S. 135). In seiner konsistenztheoretischen Fallkonzeption und Therapieplanung (Grawe, Grawe-Gerber, Heiniger, Ambühl & Caspar, 1996) ist die Ressourcenanalyse mittlerweile zum festen Bestandteil geworden (vgl. Itten, Tröskén, Grawe, 2004).

Tröskén (2000, 2002) entwickelte auf Grundlage der Konsistenztheorie von Grawe (1998) als erste ein Verfahren zur expliziten Erfassung von Ressourcenrealisierung (RES) und Ressourcenpotentialen (REF) im Rahmen des „Berner Ressourceninventars“. Ziel war die Entwicklung eines Messinstrumentes, das eine Erfassung von Therapieerfolg und eine Ableitung differentieller Indikationsstrategien im Rahmen des Therapieplanungsprozesses ermöglicht. Die Autorin betont, dass die zu erhebenden Merkmale immer im Rahmen eines definierten Kontextes gestellt werden müssten (siehe auch Diener & Fujita, 1995) und fordert eine kontextspezifische Erforschung von Ressourcen:

„Ressourcen sind keine „Entitäten“, sondern Mittel, die in bezug auf spezifische Zielsetzungen ihre hilfreiche Kraft entfalten“ (Tröskén, 2002, S. 41).

Die Erfassung von Ressourcenpotentialen (REF) erfolgt mit Hilfe eines Fragebogens aus der Fremdbeurteilungsperspektive entweder durch Therapeuten oder nahe Bezugspersonen und umfasst für beide Versionen 16 verschiedene Ressourcenbereiche, die inhaltlich vier verschiedenen Themenkomplexen zugeordnet werden (siehe Tab. 2.1.3.1). Für den Therapeutenfragebogen wurde darüber hinaus eine weitere Skala zur Veränderungsmotivation formuliert. Ausgewählt wurden anhand von Fallkonzeptionen solche Personmerkmale, die zeitlich als relativ stabil gelten, aus therapeutischer Sicht bedeutsam für die Therapie sind und zur Aktivierung einer besseren Bedürfnisbefriedigung des Patienten beitragen. Für eine ausführlichere Darstellung wird auf Tröskén (2002) bzw. Tröskén und Grawe (2003) verwiesen.

Tabelle 2.1.3.1: Überblick über die 16 Skalen des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcenpotentialen aus einer Fremdbeurteilungsperspektive (REF)

| Bereiche |
|---|
| Soziale Fähigkeiten und Ressourcen <ul style="list-style-type: none">• Soziale Kompetenz• Soziale Einbettung• Familiäre Einbettung• Offenheit in der Kommunikation |
| Emotionales Coping <ul style="list-style-type: none">• Emotionale Offenheit• Stressresistenz• Optimismus, Glück, Sinnerleben• Akzeptanz eigener Bedürfnisse |
| Kognitive Fähigkeiten und Problemlösen <ul style="list-style-type: none">• Handlungskompetenz• Motivation zur Selbstreflektion• Intellektuelle Begabung |
| Selbstverwirklichung <ul style="list-style-type: none">• Selbstwerterleben• Hobbys und Interessen• Autonomem Denken und Handeln• Motivation zu Lernen• Phantasie und Kreativität |

Der Fragebogen zur Ressourcenselbsteinschätzung (RES) soll aus der Perspektive der betreffenden Person selbst, Aufschluss darüber geben, welche Verhaltensweisen sie heranzieht, um bedürfnisbefriedigende Erfahrungen hinsichtlich bestimmter Grundbedürfnisse machen zu können. Als zentrale Konstrukte zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung wurden basierend auf theoretische Überlegungen zur Konzeptualisierung von Ressourcen sowie aufgrund von empirischen Befunden acht verschiedene Bereiche abgeleitet, welche sich drei thematischen Oberthemen zuordnen lassen (Tröskén, 2002): Unter dem Thema „*Selbstentfaltung und Erleben positiver Emotionen*“ werden zum einen mit Wohlbefinden assoziierten Situationen erfragt. Die Realisierung von Selbstwerterleben wird in Form von Verhaltensweisen erfasst, die dazu beitragen, dass eine Person auf sich selbst stolz ist. Daneben wird die Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes in Form von Selbstschemata erfragt, die eigene positive Erfahrungen in bestimmten Bereichen widerspiegeln. Die Realisierung von Sinnfindung durch das Setzen und Verfolgen wichtiger Lebensziele wird als wichtige Ressource hinzugenommen. Die Realisierung tatsächlich erhaltener und wahrgenommener sozialer Unterstützung im Alltag als auch positive Merkmale naher gegenwärtiger Beziehungen

werden unter dem Oberbegriff „*Bindung und Unterstützung*“ zusammengefasst. Der dritte Themenbereich umfasst „*Bewältigungskonzepte*“. Zum einen wird bei der Realisierung von Stressbewältigung die Häufigkeit von konkreten, als hilfreich erlebten Verhaltensweisen im Umgang mit alltäglichen Belastungen bzw. Stress für einen spezifischen Zeitraum erfragt. Weiterhin erhoben werden für die Realisierung von Krisenbewältigung retrospektiv rekonstruierte Strategien, die aus aktueller Sicht in der Bewältigung mit früheren Lebenskrisen für die Person als hilfreich erachtet wurden. Tabelle 2.1.3.2 gibt einen Überblick sowie Beispielitems über die Bereiche des Fragebogens zur Ressourcenrealisierung (für eine ausführlichere Darstellung sei auf Trösken, 2002 verwiesen; RES-Fragebogen zur Ressourcenselbsteinschätzung, siehe ANHANG A1). Methodische Aspekte der Fragebogenkonstruktion des RES werden in Kapitel 4 erläutert.

Tabelle 2.1.3.2: Überblick über die acht Bereiche des Fragebogens zur Ressourcenselbsteinschätzung nach Trösken & Grawe (2004)

| Bereiche | Beispielitems |
|---|---|
| Selbstentfaltung und Erleben positiver Emotionen Wohlbefinden | <i>Während der letzten vier Wochen habe ich mich wohl gefühlt, weil ich bei jemandem Geborgenheit und Sicherheit gefunden habe.</i> |
| Selbstwerterleben | <i>Während der letzten vier Wochen bin ich stolz auf mich gewesen, weil ich meine Meinung gut vertreten konnte.</i> |
| Positives Selbstkonzept | <i>Es ist eine Stärke von mir, dass ich gut mit Menschen umgehen kann.</i> |
| Sinnfindung | <i>Zur Zeit finde ich Sinn in meinem Leben, indem ich selbständig mein Leben meistere.</i> |
| Bindung und Unterstützung Unterstützung | <i>Während der letzten vier Wochen habe ich im Alltag Unterstützung erfahren, indem mir jemand hilfreiche Kritik gegeben hat.</i> |
| Nahe Beziehungen | <i>Meine Beziehung zu XY ist zur Zeit dadurch gekennzeichnet, dass wir Verständnis füreinander haben.</i> |
| Bewältigungskonzepte Stressbewältigung | <i>Wenn ich während der letzten 4 Wochen Stress im Alltag erlebt habe, dann hat es mir geholfen, mir einen Überblick über die Situation zu verschaffen.</i> |
| Krisenbewältigung | <i>In einer früheren Krise hat es mir geholfen, meine Schwierigkeiten als Chance zu sehen.</i> |

Eine Auswertungssystematik zur Gegenüberstellung der Ressourcenpotentiale (REF) und der Selbsteinschätzung der Ressourcenrealisierung (RES) ist nicht bekannt. Es wird jedoch von einem Zusammenhang zwischen Ressourcenpotentialen (REF) und der Ressourcenrealisierung (RES) insofern ausgegangen, als dass angenommen wird, dass Personen mit einem höheren Ausmaß an Ressourcenpotentialen auch eher in der Lage sind, diese zu realisieren und ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Diese Annahmen konnten empirisch für eine klinische Stichprobe teilweise bestätigt werden (Trösken, 2002; Trösken & Grawe, 2004): Insbesondere deutliche Zusammenhänge für die nicht-klinische Stichprobe konnten für die Ressourcenrealisierung des RES-Fragebogens zwischen dem Bereich Realisierung von Nahen Beziehungen, teilweise auch für die Realisierung von Alltagsunterstützung und Sinnfindung und Bereichen des Fragebogens zu Ressourcenpotentialen (REF) gefunden werden. Anders herum betrachtet erwiesen Personen, denen eine hohe emotionale Offenheit (REF) zugeschrieben wurde, eine höhere Realisierung von Sinnerleben, Alltagsunterstützung sowie eine höhere Realisierung naher Beziehungen (RES). Für die klinische Stichprobe erwies sich insbesondere ein positives Selbstkonzept (RES) als bedeutsam für Ressourcenpotentiale in den Bereichen Kommunikation/Emotionalität und Handlungskompetenz/Autonomie (REF). Die insgesamt jedoch eher schwachen Zusammenhänge werden auf die unterschiedlichen zugrunde liegenden Konstrukte (vgl. Kap. 2.1.1) als auch auf die verschiedenen Datenquellen (Fremd- vs. Selbstbeurteilung) zurückgeführt (Trösken & Grawe, 2004).

2.1.4 Relevanz für die vorliegende empirische Arbeit

Im Mittelpunkt der vorliegenden empirischen Arbeit steht die Untersuchung der Ressourcenrealisierung von Patienten, d.h. die subjektive Einschätzung der Verfügbarkeit von Ressourcen und deren Bedeutung für den therapeutischen Prozess. Unter Ressourcenrealisierung wird das Ausmaß verstanden, mit der eine Person aktuell ihre Bedürfnisse befriedigt (Trösken, 2002). Die Ressourcenrealisierung wird zu den in der vorliegenden Arbeit schwerpunktmäßig betrachteten personalen Ressourcen gezählt.

Während für den Bereich der Störungen klare Definitionskriterien und Kategorisierungssysteme vorliegen, gibt es für die Definition von Ressourcen bislang keine einheitliche theoretische Konzeption. In der vorliegenden Arbeit wird von einem Ressourcenverständnis im Sinne der Konsistenztheorie psychischen Funktionierens von Grawe (1998) ausgegangen, der gemeinsam mit seiner Forschungsgruppe entscheidende Beiträge zur Operationalisierung und Erfassung von Ressourcen geleistet hat. Unter dem

Begriff „Ressource“ werden somit alle Möglichkeiten verstanden, die Menschen zur Bedürfnisbefriedigung zur Verfügung stehen (siehe Kap. 2.1.1).

Die Bedeutsamkeit von Ressourcen für die Entwicklung psychischer Störungen wurde zurückgreifend auf Überlegungen von Hobfoll (1989), aber auch beziehend auf die Konsistenztheorie des psychischen Funktionierens von Grawe (1998) und bewältigungstheoretische Annahmen zur Stressbewältigung (Lazarus & Folkman, 1984, 1987; Schröder & Schwarzer, 1997) verdeutlicht. Ressourcendefizite können als Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen angesehen werden, so dass der Berücksichtigung von Ressourcen für die Therapieplanung und –gestaltung eine entscheidende Rolle zugeschrieben werden muss (siehe Kap. 2.1.1). In der vorliegenden Untersuchung interessiert von daher nicht nur die „statische“ Erfassung der subjektiven Ressourcenrealisierung, sondern auch die Veränderung derselben durch Psychotherapie und daran anknüpfend auch die Frage nach der klinischen Bedeutsamkeit stattgefundenen Veränderungen.

Eine Ressourcenorientierung im Therapieprozess setzt sich immer mehr durch. Es liegen erste Studien vor, die die Effektivität eines ressourcenorientierten Vorgehens in der Psychotherapie belegen. Mit dem Konzept der Ressourcenaktivierung stellen Grawe und Grawe-Gerber (1999) einen entscheidenden Wirkfaktor von Psychotherapie vor, der die hohe Bedeutung einer Ressourcenförderung für eine erfolgreiche Therapie unterstreicht. Es kann dabei zwischen einer inhaltlichen, prozessualen und aktionalen Ressourcenaktivierung unterschieden werden (siehe Kap. 2.1.2). Von Interesse für die vorliegende Arbeit ist, inwieweit eine Ressourcenförderung auch in einem Therapiesetting stattfindet, welches nicht explizit den Ressourcenauf- und ausbau durch Ressourcenaktivierung nach Grawe fördert.

Bezüglich der Erhebung und Messung der Ressourcenrealisierung in der vorliegenden Arbeit wird auf den Fragebogen zur Ressourcenselbsteinschätzung (RES) aus dem Berner Ressourceninventar von Tröskel (2000, 2002) zurückgegriffen, da dieses das einzige bisher bekannte Ressourceninventar darstellt, das eine systematische und operationalisierte Ressourcenerfassung ermöglicht und explizit Ressourcen aus Patientensicht mittels der Ressourcenrealisierung erfasst (siehe Kap. 2.1.3).

2.2 *Psychotherapeutische Einflussgrößen und Therapieerfolg*

Forschung, die sich mit der Rolle von Ressourcen für Psychotherapie beschäftigt, kann der differentiellen Psychotherapie-Effizienzforschung zugeordnet werden, die seit den 70er Jahren intensiv betrieben wird und sich mit differentiellen Zusammenhängen zwischen unterschiedlichen Behandlungsmaßnahmen, Therapeutenmerkmalen, Prozessmerkmalen, Patientenmerkmalen und Therapieerfolg beschäftigt. Neuere Metaanalysen bzw. Überblicksarbeiten über Ergebnisse der differentiellen Therapieforschung werden in Bergin und Garfield's „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Lambert, 2004) sowie bei Grawe (1998) und Grawe und Grawe-Gerber (1999) vorgestellt.

Die Frage, ob und wie hilfreich Psychotherapie ist bzw. welche Mechanismen genau Veränderungen begünstigen oder auch hemmen (Lambert & Bergin, 1994), ist eng verbunden mit der Suche nach Wirkfaktoren der Psychotherapie. Orlinsky und Howard (1987) haben auf der Basis früherer Zusammenfassungen von Prozess-Ergebnis-Studien ein konzeptionelles Rahmenmodell entwickelt, das sie – um auf die allgemeine Gültigkeit hinzuweisen – **„Generic Model of Psychotherapy“** genannt haben. Das Modell versteht sich als Forschungstheorie, die als Basis für die Einordnung von Einzelbefunden und deren Relation zueinander und als Grundlage dafür dienen soll, klinische Fragen in Forschungsfragen zu übersetzen (vgl. auch Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Es zeichnet sich durch eine hohe Qualität im Hinblick auf eine angemessene Bewertung von Forschungsbeiträgen aus. Es integriert viele unterschiedliche Variablen, deren Einfluss auf das Behandlungsergebnis bisher untersucht wurde. Die Autoren unterteilen jene Einflussgrößen in drei große Gruppen: Unter den sog. Inputvariablen werden im Rahmen des Modells Ausgangsmerkmale der Therapie zusammengefasst. Gemeint sind damit das Versorgungssystem und dessen gesellschaftlicher Kontext, der Behandlungsrahmen sowie Patienten- und Therapeutenmerkmale. Die sog. Prozessvariablen beschreiben verschiedene formale, technische, intra- und interpersonale, klinische und zeitliche Aspekte der Therapie. Mit den sog. Outputvariablen werden schließlich die kurz- und langfristigen Konsequenzen der Behandlung im Zusammenhang mit Aspekten der inneren und äußeren Situation des Patienten zusammengefasst (ausführlich siehe Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Die vorliegende empirische Arbeit greift die Struktur des „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) auf, um bestimmte Patientenressourcen, Patienten- und Behandlungsmerkmale, die bislang überwiegend im Sinne von vereinzelt Einflussgrößen für den Therapieerfolg untersucht wurden, in einen

Gesamtkontext im Hinblick auf deren Bedeutung für Therapieverlauf sowie Therapieerfolg zu bringen.

Zwar gibt es relativ viel Forschung zur Bedeutung jeweils einzelner Aspekte der gesamten Lebenssituation und des seelischen Geschehens einer Person im Hinblick auf Psychotherapieerfolg (vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Legt man die Ressourcendefinition von Grawe (1998) zugrunde, existieren jedoch zum Zusammenhang zwischen Ressourcen und Therapieerfolg bislang nur wenige Studien, die systematisch die Bedeutung aktuell verfügbarer Möglichkeiten und Potentiale von Patienten untersuchen (Grawe, 1998; Tröskén, 2002; Tröskén & Grawe, 2004; Ruf, 2003; Oesch, 2002). Die vorliegende empirische Arbeit greift diesen Mangel an Studien zur systematischen Erfassung subjektiv realisierter Ressourcen und deren Bedeutung für den Therapieerfolg auf.

Die aktuelle Ressourcenrealisierung von Patienten und deren Veränderung im Therapieverlauf wird von Tröskén und Grawe (2004) als zentrale Einflussgröße für Therapieerfolg gesehen. Theoretische Grundlage für diese Annahme sind Befunde aus der Forschung zu Wirkfaktoren von Psychotherapie, insbesondere zur Rolle der Ressourcenaktivierung (Grawe, 1998; ausführlich siehe Kap. 2.1.2). Empirische Nachweise sind bislang jedoch noch unzureichend.

Im Folgenden werden Studien zu einzelnen Patienten- und Behandlungsmerkmalen dargestellt, die sich für den Therapieverlauf als bedeutsam erwiesen haben. Die Auswahl dieser Studien orientiert sich neben dem Kriterium der empirisch nachgewiesenen Bedeutsamkeit für den Therapieerfolg vorrangig an den für die vorliegende empirische Studie zur Verfügung stehenden Variablen, selbst wenn zu einzelnen Merkmalen noch wenig Forschung existiert. Anschließend werden zentrale Ergebnisse bisheriger Forschung zu Ressourcenrealisierung im Hinblick auf deren Bedeutung für den Therapieerfolg vorgestellt. Schließlich wird die Relevanz für die vorliegende Arbeit dargestellt.

Es muss für die Bewertung der im Folgenden dargestellten Studien unbedingt darauf hingewiesen werden, dass bislang keine einheitlichen Standards zur Messung von Therapieerfolg existieren (Broda, Lambert, Dinger-Broda & Klinkenberg, 1999; Reinecker, 1994; Bassler & Hoffmann, 1994; Cierpka & Strauß, 1994), was die Vergleichbarkeit bzw. die Interpretation der Ergebnisse erschwert. Viele Autoren fordern deshalb eine systematische Qualitätssicherung in der Psychotherapie, was bereits zu zahlreichen Diskussionen über Kriterien für eine angemessene Therapieevaluation führte (Kriz, 2000; Groen & Petermann, 2000; Scheithauer & Petermann, 2000; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky, Rønnestad

& Willutzki, 2004; Garfield, 1994; Lambert & Hill, 1994). Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Einschätzung des Therapieerfolgs in Abhängigkeit der ausgewählten Perspektive stark variiert und oftmals nicht zu übereinstimmenden Ergebnissen führt (Huber, Brandl, Henrich & v. Rad, 2003; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky, Rönnefeldt & Willutzki, 2004; Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz, 1977; Lambert, Salzer & Bickmann, 1998). Eine Beschränkung auf lediglich eine Erfolgsdimension erscheint somit nicht gerechtfertigt, für die Erfassung des Therapieerfolgs wird vielmehr ein multidimensionales Kriterium gefordert (Schulte, 1993; Groen & Petermann, 2000). Unbedingt zu berücksichtigen ist auch, dass die Erhebungszeitpunkte von Therapieerfolg zwischen kurzfristigem Erfolg zum Therapieende und sog. katamnestischen bzw. längerfristigen Therapieerfolg variieren, der sich überwiegend auf den Zeitpunkt ein Jahr nach Beendigung der Therapie bezieht.

2.2.1 Patientenmerkmale und Therapieerfolg

Unter Patientenmerkmalen werden in der Literatur i.d.R. Variablen zusammengefasst, die den Patienten zu Beginn einer Behandlung beschreiben. Neuere Studien weisen übereinstimmend auf die entscheidende Rolle von Patientenvariablen für die Vorhersage von Therapieerfolg hin (vgl. Garfield, 1994), während der Einfluss verschiedener Vorgehen bzw. Techniken mittlerweile als vergleichsweise unbedeutend angesehen wird (Ablon & Jones, 1999; Blatt, Quinlan, Pilkonis & Shea, 1995; Zuroff, et al., 2000). Nach einer Einschätzung von Lambert (1992) gehen etwa 40% des Therapieerfolgs auf Patientenmerkmale bzw. Einflüsse außerhalb der Therapie zurück. Clarkin und Levy (2004) betonen in ihrem Übersichtsartikel die Mediator- und Moderatorfunktion von Patientenmerkmalen für den Therapieerfolg. Als entscheidend für den Therapieprozess wird von den Autoren die Interaktion zwischen Patienten- und Behandlungsmerkmalen gesehen, die entsprechend eine zentrale Stellung in der aktuellen Therapieforschung einnehme. Unter dem Gesichtspunkt der Relevanz für die vorliegende empirische Arbeit werden im Folgenden Studien zum Einfluss von **Personmerkmalen**, die üblicherweise als soziodemographische Variablen gefasst werden, verschiedener **Erkrankungsmerkmale** sowie von **psychischer Belastung** von Patienten dargestellt.

2.2.1.1 Personmerkmale

Die Befunde zum Einfluss von **Personmerkmalen** auf den Therapieerfolg sind inkonsistent.

Alter scheint im Hinblick auf Therapieerfolg an sich keine wichtige Rolle zu spielen (MacDonald, 1994; Smith, Glass & Miller, 1980). Keine Zusammenhänge zwischen Alter und Behandlungsdauer bzw. Therapieerfolg werden auch im deutschsprachigen Raum von Geiser et al. (2002, 2003), Schmidt (1991) und Fliege, Rose, Bronner und Kapp (2002) für psychosomatische Patienten berichtet. Interessant sind in diesem Zusammenhang die Befunde von Agosti, Nunes und Ocepeck-Welikson (1996), die herausfanden, dass jüngere Patienten mit Substanz-Missbrauch bzw. Abhängigkeit ungünstigere Prognosen für den Therapieerfolg haben. Hingegen fanden Deter (1990) als auch Nosper (1999) in einigen Teilbereichen für jüngere Patienten bessere Ergebnisse in einer psychosomatischen stationären Behandlung. Nosper (1999) konnte in seiner Untersuchung zeigen, dass jüngere Patienten insbesondere mehr Verbesserungen im Bereich der körperlichen Symptomatik, Selbstwert und Problembewältigungskompetenz erreichten. Auf der anderen Seite gelang es älteren Patienten abweisende und expressive Verhaltensweisen besser abzubauen. Die Ergebnisse von Nosper weisen darauf hin, dass auch ältere Patienten (über 50 Jahre) in allen wichtigen Bereichen bedeutsame Fortschritte machen konnten, was bestätigt, dass auch medizinische Rehabilitation von über 50jährigen Patienten zu bedeutsamen und stabilen Veränderungen führen kann. Auch internationale Studien bestätigen die Effektivität psychotherapeutischer Behandlungen von älteren Menschen: Für die Behandlung durch psychosoziale Interventionen von depressiven älteren Menschen konnte von Scogin und McElreath (1994) im Rahmen ihrer Meta-Analyse ein starker Effekt gegenüber der Kontrollgruppe ohne Behandlung bzw. mit Placebo-Behandlung gefunden werden, der mit .78 vergleichbar hoch mit den Effektgrößen für die psychosoziale Behandlung erwachsener, nicht-älter Patienten ausfällt (Clarkin & Levy, 2004). Die Effektivität von Psychotherapie für ältere Patienten konnte für die interpersonale Psychotherapie (Reynolds, Frank, Houck & Mazumdar, 1997; Reynolds et al., 1999) sowie für die kognitive Verhaltenstherapie und psychodynamische Kurzzeittherapie (Thompson, Gallagher & Breckenridge, 1990) gefunden werden. Kognitive Verhaltenstherapie im Gruppen-Setting erwies sich ebenfalls für ältere depressive Patienten als effektiv (Arean et al., 1993; Beutler et al., 1987; Kemp, Corgiat & Gill, 1992). Clarkin und Levy (2004) weisen auf die Bedeutung von Alter in Bezug auf die Auswahl von Interventionen hin: Selbst bei Vorliegen gleicher Diagnosen würde man den soziologischen und biologischen Entwicklungsstand des Patienten berücksichtigen und beispielsweise für Erwachsene und Jugendliche unterschiedliche Interventionen wählen.

Es scheint keine allgemeinen **Geschlechtseffekte** bezüglich Therapieverlauf bzw. Therapieergebnis zu geben (Garfield, 1994; Greenspan & Kulish, 1985; Petry, Tennen & Affleck, 2000; Sledge, Moras, Hartley & Levine, 1990). Zu diesem Schluss kommen auch diverse empirische Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum (für psychosomatische Behandlungen: z.B. Geiser, Imbierowicz, Conrad, Schilling & Liedtke, 2001 sowie Geiser et al., 2002; Rode, 1987; Schmidt, 1991; für Behandlung von Alkoholpatienten: z.B. Löschmann, 2000; Feuerlein & Küfner, 1989). Davies-Osterkamp (1994) weist auf Geschlechtseffekte bezüglich der Bewertung von psychosozialen Hilfsangeboten hin. In diesem Zusammenhang fand Nosper (1999) eine höhere Zufriedenheit mit der stationären Psychotherapie als auch eine höhere Zufriedenheit mit dem Therapeuten bei Frauen. Die umfangreiche deutsche multizentrische Studie MEAT (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment) zur Evaluation der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen konnte Geschlechtsunterschiede hinsichtlich prognostisch günstiger Ausgangsmerkmale für Therapieerfolg bezogen auf eine 18-Monats-Katamnese identifizieren (vgl. z.B. Küfner, Feuerlein & Flohrschütz, 1984). Die Untersuchung von Geschlechtsunterschieden bezüglich verschiedener Therapieformen legt nahe, dass Frauen, die schwerere Symptome von Depression zeigten, besser von interpersonaler Therapie profitierten als von kognitiven Verfahren (vgl. Thase, Frank, Kornstein & Yonkers, 2000). Clarkin und Levy (2004) fordern weiterhin Forschung zu Geschlechtsunterschieden in Zusammenhang mit verschiedenen Behandlungskonzepten. Befunde zu Effekten bzgl. der Passung des Geschlechts von Patient und Therapeut im Hinblick auf Patientenzufriedenheit bzw. Therapieerfolg sind heterogen (gleichgeschlechtliche Patient-Therapeut-Beziehung: z.B. Fujino, Okazaki & Young, 1994; gegengeschlechtliche Patient-Therapeut-Beziehung: z.B. Willer & Miller, 1978; keine Effekte: Flakerud & Liu, 1991).

Der **Bildungsstand** scheint für den Psychotherapieerfolg im Großen und Ganzen keine wesentliche Rolle zu spielen, was im deutschsprachigen Raum durch diverse Studien bestätigt werden konnte (Borgart & Meermann, 1999; Geiser et al., 2003; Schmidt, 1991; Rode, 1987; Nosper, 1999; Löschmann, 2000; kontrovers: Steffanowski, Löschmann, Nübling & Wittmann, 2007). Für Patienten mit Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit konnte gezeigt werden, dass eine kürzere Therapiedauer mit niedrigerem Bildungsstand zusammenhängt (Agosti, Nunes & O'Keefe-Welickson, 1996; Epstein, McCrady, Miller & Steinberg, 1994; McCusker, 1995). Auch Riedel (1991) fand einen Einfluss des Bildungsniveaus auf den Therapieprozess: Patienten mit einem niedrigen Bildungsniveau wurden von ihren Therapeuten als weniger therapiemotiviert eingeschätzt. Bezüglich des **sozioökonomischen Status** konnte bereits in älteren Studien nachgewiesen werden, dass es eine positive Beziehung zwischen einem hohen sozialen Status und der

Behandlungsdauer gibt (Berrigan & Garfield, 1981; Dodd, 1970; Fiester & Rudestam, 1975; kontrovers dazu MacDonald, 1994; Sledge, Moras, Hartley & Levine, 1990). Dass ein höherer Intelligenzgrad des Patienten tatsächlich zu einem besseren Therapieergebnis führt, konnte bislang nicht bestätigt werden (Garfield, 1994).

Befunde zur Rolle einer festen **Partnerschaft** für den Therapieprozess bzw. das Behandlungsergebnis sind heterogen: Fliege, Rose, Bronner & Klapp (2002), Rode (1987) und Nosper (1999) gehen von einer Unabhängigkeit der Partnerschaft auf das Therapieergebnis aus. Geiser et al. (2002), Schmidt (1991) sowie Borgart und Meermann (1999) konnten dagegen deutliche Effekte nachweisen: Geiser et al (2002) stellten fest, dass verheiratete Patienten eher als „geheilt“ gelten und eine kürzere Behandlungsdauer aufwiesen. Auch Borgart und Meermann. (1999) konnten für Patienten mit Ehepartnern eine kürzere Behandlungsdauer feststellen. Küfner et al. (1984) als auch Löschmann (2000) konnten in ihrer Studie als prognostisches Merkmal für eine erfolgreiche Alkoholbehandlung das Zusammenleben mit einem Partner identifizieren. Forschungsarbeiten, die die Qualität der Beziehung im Blickpunkt haben, weisen darauf hin, dass nicht Partnerschaft an sich für eine bessere Befindlichkeit verantwortlich gemacht werden kann, sondern vielmehr der Umstand, dass Personen mit fester Partnerschaft oftmals über ein größeres soziales Netzwerk verfügen, ihr Tagesablauf geordneter verläuft (House, Robbins & Metzner, 1982), sie häufig ökonomisch besser gestellt sind (Pearlin & Lieberman; 1979) und diese Personen auch mehr Sinn zum Leben angeben (Sperry & Carlson, 1992). Diese Befunde stehen in Übereinstimmung mit Ergebnissen zur Bedeutung sozialer Unterstützung für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung (vgl. Holahan, Holahan, Moos & Brennan, 1995; House & Kahn, 1985; Rowland, 1990; vgl. auch Übersichtsartikel von Leppin & Schwarzer, 1997), die zeigen konnten, dass die Qualität der Paarbeziehung bzw. das Ausmaß an erhaltener sozialer Unterstützung und nicht das reine Vorhandensein einer Partnerbeziehung ausschlaggebend für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung waren (Kulik & Mahler, 1993; Leppin, 1994; Coyne, Ellard & Smith, 1990; Rook, 1984). Für die Behandlung psychischer Störungen konnten Löhr, Schewe, Baudach, und Hahlweg (2003) einen positiven Zusammenhang zwischen Merkmalen positiver Partnerschaftsqualität und Therapieerfolg bei agoraphobischen Patienten nachweisen.

Es gibt einige wenige Studien im deutschsprachigen Raum, die den Zusammenhang zwischen **Arbeit bzw. Arbeitsbelastung** und der Effektivität psychotherapeutischer Behandlungen untersucht haben (z.B. Bürger, 1997; Broda, Bürger, Dinger-Broda & Massing, 1996; Zielke, 1993). Aus der Sicht der Rentenversicherungsträger kommt diesem Merkmal aus kostenpolitischer Sicht eine stark wachsende Bedeutung zu (vgl. Kobelt, 2006).

In der Psychotherapieforschung wurden bislang in vielen Studien keine oder nur sehr begrenzt Daten zur Arbeitssituation von Patienten erhoben. Beispielsweise zeigt die Metaanalyse von Grawe et al. (1994), dass nur ca. 5% der einbezogenen Studien Effekte im Arbeits- und Berufsbereich erfassen (siehe auch Bürger, 1997). Die Auswahl der Variablen zur Erfassung dieser Effekte ist sehr heterogen, so dass ein Vergleich der Studien sich schwierig gestaltet. Bürger (1997) konnte in seiner Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Arbeit, Psychosomatik und medizinischer Rehabilitation zeigen, dass die zu Beginn der Therapie erhobenen positiven und belasteten Arbeitsplatzfaktoren insgesamt nur geringe Zusammenhänge zur Gesamteinschätzung des Erfolgs durch Patienten und Therapeuten als auch zur Reduktion psychischer Beschwerden aufweisen. Insgesamt deuten die Ergebnisse von Bürger darauf hin, dass der Erfolg des Klinikaufenthalts von Patienten als weniger hilfreich erlebt wird im Hinblick auf den Arbeitsbereich im Vergleich zu anderen Veränderungskriterien. Broda et al. (1996) schreiben der Berufstätigkeit und insbesondere der Zufriedenheit mit der Arbeitssituation für den Behandlungserfolg einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung eine wichtige Rolle zu: Beruflich integrierte Patienten zum Katamnesezeitpunkt schätzen den Behandlungserfolg als positiver ein als nicht-berufstätige Patienten. Der subjektive Behandlungserfolg ein Jahr nach der Behandlung wiederum hängt neben der Dauer der Beschwerdeverbesserung hoch signifikant mit der Zufriedenheit der Arbeitssituation zusammen. Dieses letztgenannte Merkmal eignet sich auch zur Vorhersage der Erfolgsbewertung des Klinikaufenthaltes. Zielke (1993) fand einen engen Zusammenhang zwischen der Reduktion einer Reihe von psychosomatischen Beschwerden in der Katamnese und einigen speziellen Aspekten der Veränderungen am Arbeitsplatz (z.B. Verbesserung der Autonomie oder höhere Verantwortung). Eine Untersuchung von Nosper (1999) verdeutlicht, dass nicht-gebesserte Patienten zum Therapieende deutlich mehr berufliche Probleme zum Behandlungsbeginn aufwiesen als gebesserte Patienten. Inwieweit der **Erwerbsstatus zu Beginn der Behandlung** eine Vorhersage des Behandlungserfolgs ermöglicht bzw. welche Rolle **Arbeitslosigkeit** für den Behandlungserfolg spielt auch in Bezug auf Erfolgskriterien, die nicht explizit den beruflichen Aspekt abdecken, ist bislang wenig untersucht. In diesem Zusammenhang ist die Studie von Fliege et al. (2002) zu nennen: Diese stellten in einer Studie an psychosomatischen Patienten zu Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf den psychotherapeutischen Prozess die Unabhängigkeit des Therapieergebnisses vom Erwerbsstatus fest. Für die Behandlung von Alkoholismus scheint die berufliche Situation jedoch ein wichtiger Indikator für Therapieerfolg zu sein (vgl. Holzmann, Nabitz & Zeltner, 1984; John, 1979; Henkel, 1985; Löschmann, 2000; Küfner et al., 1984): Es ergaben sich durchgehend bessere Abstinenzraten für die Gruppe der Berufstätigen gegenüber den Arbeitslosen.

2.2.1.2 Erkrankungsmerkmale

Zu den für Therapieerfolg relevanten **Erkrankungsmerkmalen** gehören Variablen, die eine Aussage über den Schweregrad der Erkrankung bzw. das Ausmaß an funktionaler Beeinträchtigung machen (z.B. Clarkin & Levy, 2004; Beutler, 2000).

Die empirischen Befunde weisen auf einen negativen Zusammenhang zwischen der **Schwere der Erkrankung** und Therapieerfolg hin: je schwerer die Patienten erkrankt waren, desto schlechter war das Therapieergebnis (Beckham, 1989; Beutler & Hamblin, 1986; Garfield, 1994; Hoberman, Lewinsohn & Tilson, 1988; Lambert & Anderson, 1996; Luborsky, Crits-Christoph, Mintz & Auerbach, 1988). Für abhängigkeits Erkrankte Patienten konnten McLellan, Luborsky, Woody, Druley und O'Brian (1983) zeigen, dass die weniger schwer erkrankten Patienten die besten Therapieergebnisse erzielten. In einer Untersuchung von McLellan et al. (1994) an 649 opiat-, alkohol- und/oder kokainabhängigen Patienten, die ein halbes Jahr in Behandlung waren, wobei 22 verschiedene Behandlungssettings berücksichtigt wurden, erwies sich die Schwere der Abhängigkeitserkrankung zu Therapiebeginn als entscheidender Prädiktor für den späteren Substanzkonsum unabhängig von der Art des Suchtmittels. Die Autoren zeigten weiterhin einen Zusammenhang auf zwischen der Schwere der psychiatrischen Problematik zu Therapiebeginn, familiärer Probleme und Schwierigkeiten im Arbeitsleben mit dem in der Katamnese erhobenen sozialen Eingebundensein. Aus der Untersuchung von Shapiro et al. (1994) an depressiven Patienten, die mit 8 vs. 16 Therapiesitzungen (kognitive Verhaltenstherapie vs. psychodynamische interpersonale Therapie) behandelt wurden, geht hervor, dass beide Therapieansätze gleich wirksam für jeweils ähnlich schwer erkrankte Patienten waren. Allerdings profitierten schwerer erkrankte Patienten besser von den Behandlungsprogrammen mit den häufigeren Sitzungen.

Unabhängig von der Schwere der Erkrankung konnte für die **funktionale Beeinträchtigung durch die Erkrankung** nachgewiesen werden, dass eine höhere Beeinträchtigung einhergeht mit einer schlechteren Prognose für eine erfolgreiche Behandlung von Depression (Gitlin, Swendsen, Heller & Hammer, 1995; Kocsis, Frances & Voss, 1988; Sotsky et al., 1991), für Bulimia Nervosa (Fay & Russell, 1993), Zwangserkrankungen (Keijsers, Hoogduin & Schaap, 1994) und chemische Abhängigkeitserkrankungen (Mc Lellan, Woody, Luborsky, O'Brian & Druley, 1983).

In engem Zusammenhang mit dem Schweregrad der Erkrankung stehen auch die Diagnosen der Patienten allgemein, das Vorliegen von Komorbidität sowie speziell das

Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (siehe auch Wittchen & Vossen, 1995). Differentielle Therapieverläufe in Abhängigkeit von der Diagnose konnten Fliege et al. (2002) zeigen: Angstpatienten weisen höhere Eingangswerte, aber auch eine ausgeprägtere Besserung im Gesamtverlauf der Therapie auf im Vergleich zu Patienten mit Anpassungsstörungen. Weitere Studien konnten Unterschiede im Ausprägungsgrad verschiedener psychischer Merkmale in Abhängigkeit von unterschiedlichen psychischen Diagnosen zeigen (Bassler & Hoffmann, 1994; Sack, Künsebeck & Lamprecht, 1997). Schmidt (1991) kommt wiederum zu dem Schluss, dass Diagnosen keine Auswirkungen auf das Therapieergebnis in der Katamnese haben. Nosper (1999) konnte ebenfalls im Großen und Ganzen keine unterschiedlichen Besserungsverläufe für unterschiedliche Diagnosen nachweisen. Er stellte jedoch fest, dass funktionelle Störungen im Vergleich zu psychoneurotischen Störungen insgesamt prognostisch günstiger für Therapieerfolg sind. Eine Metaanalyse von Steffanowski et al. (2007) fand hingegen unterschiedliche Effektgrößen zwischen Störungsbildern vor. Clarkin und Levy (2004) merken im Hinblick auf die Unterteilung von Patienten nach **DSM-IV-Diagnosen** kritisch an, dass es sich dabei keineswegs um homogene Gruppen handelt – oft zeigen Patienten mit der gleichen Diagnose nur wenige gemeinsame Symptome, in der Regel liegen komorbide Störungen vor, selbst bei ähnlichen Symptomen liegen die soziodemographischen Hintergründe meist weit auseinander - und bewerten deshalb die Ableitung von Zusammenhängen zwischen DSM-Diagnose mit bestimmten Behandlungsformen bzw. Interventionen als zu vereinfacht und irreführend.

Mittlerweile gibt es einige Studien, die sich mit der Rolle von **Komorbidität** für die Vorhersage von Therapieerfolg beschäftigen. Fliege et al. (2002), Zielke (1995) und Borgart und Meermann (1999) fanden unterschiedliche Therapieverläufe in Abhängigkeit der Anzahl der Diagnosen bzw. Grad der Gestörtheit. Fliege et al. (2002) stellten fest, dass die Anzahl somatischer Diagnosen eine Vorhersage für eine geringere Verbesserung der Gesamtbeschwerden sowie für die globale Lebensqualität erlaubt. Weiterhin konnte der Autor nachweisen, dass die Anzahl psychosozialer Diagnosen mit einer geringeren Verbesserung in der Behandlung von ängstlicher Depressivität zusammenhängt. Löschmann (2000) wiederum konnte für Suchtpatienten keinen Einfluss von Mehrfachdiagnosen auf die Abstinenz nachweisen. Wenn zusätzlich zur Achse-I-Störung eine Achse-II-Störung in Form einer **Persönlichkeitsstörung** vorliegt, gilt dies als negativer Prädiktor für Psychotherapieerfolg. Zu diesem Ergebnis kommen sowohl Studien an depressiven Patienten (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Diguer, Barber & Luborsky, 1993; Fiorot, Boswell & Murray, 1990; Greenberg, Craighead, Evans & Craighead, 1995; Hardy et al., 1995; Shea et al., 1990; Thompson, Gallagher & Czirr, 1988) als auch Studien an Patienten mit Angsterkrankungen (Turner, 1987; Brown, Heimberg & Juster, 1995; Chambless, Tran &

Glass, 1997) und schließlich Studien an essgestörten Patienten (Rossiter, Agras, Telch & Schneider, 1993; Coker, Vize, Wade & Cooper, 1993; Cooper, Coker & Fleming, 1994). Im Gegensatz zu obigen Untersuchungen gibt es eine Reihe von Studien, die gegen einen negativen Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf die Behandlung von Achse-I-Störungen sprechen (Hardy et al., 1995; Sato, Sakado, Sato & Morikawa, 1994; Shea, Pilkonis, Beckham et al., 1990), was auch Studien aus dem deutschsprachigen Raum zeigen: Bottlender et al. (2003), die den Einfluss von Persönlichkeitsstörungen für den Therapieverlauf einer ambulanten Alkoholentwöhnungstherapie untersuchten, konnten beispielsweise nur tendenzielle Unterschiede in der Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen bei rückfälligen Patienten und Therapieabbrechern im Vergleich zu Patienten mit regulärem Therapieverlauf feststellen und kommen zu dem Schluss, dass die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für den Therapieerfolg überschätzt werden. Auch die Ergebnisse einer Untersuchung von Leibbrand, Schröder, Hiller und Fichter (1998) an Patienten mit somatoformen Störungen zeigen keine unterschiedlichen Behandlungseffekte für Patienten mit und ohne komorbide Persönlichkeitsstörung.

In Untersuchungen psychosomatischer Patienten hatte die **Erkrankungsdauer** keinen Effekt auf die psychische Symptombelastung zu Beginn (Geiser, Imbierowicz, Conrad, Schilling & Liedtke, 2001; Schauenburg, Sammet & Strack, 2001) oder das Therapieergebnis (Geiser et al., 2001; Schauenburg et al., 2001; Nosper, 1999). Auch Löschmann (2000) fand keinen Einfluss der Abhängigkeitsdauer auf Therapieerfolg bei alkoholabhängigen Patienten. Deter (1990) konnte hingegen zeigen, dass psychosomatische Patienten mit einer kürzeren Erkrankungsdauer in der Therapie erfolgreicher waren. Auch Broda et al. (1996) berichten, dass zum Katamnesezeitpunkt nicht-erfolgreiche Patienten eine bedeutsam längere vorherige Erkrankungsdauer aufwiesen als erfolgreiche Patienten.

Für den Einfluss der **Inanspruchnahme vorheriger Behandlungen** auf den Therapieprozess bzw. Therapieerfolg konnte überwiegend gezeigt werden, dass Patienten, die vor Behandlungsbeginn keine Psychotherapie in Anspruch genommen hatten, günstigere Therapieergebnisse aufwiesen (Sandweg, Bernardy & Riedel, 2001; Deter, 1990; Borgart & Meermann, 1999; Sack, Lempa, Lamprecht & Schmitt-Ott, 2003). Bei Broda et al. (1996) unterschieden sich erfolgreiche von nicht-erfolgreichen Patienten insofern, dass die nicht-erfolgreichen Patienten mehr stationäre Vorbehandlungen aufwiesen. Keine Unterschiede gab es hingegen bezüglich psychotherapeutischer Vorbehandlungen. Nosper (1999) konnte keinen Einfluss der Intensität von Vorbehandlungen allgemein auf den Therapieerfolg feststellen, was auch von Löschmann (2000) für alkoholabhängige Patienten sowohl

bezüglich der Anzahl vorheriger Alkoholentwöhnungsbehandlungen als auch Anzahl vorheriger Entgiftungen bestätigt werden konnte.

Wenig untersucht ist das Vorliegen von **Suizidversuchen in der Vorgeschichte**, v.a. für psychosomatische Patienten. In der Suchtbehandlung gilt das Fehlen eines Suizidversuchs als günstiges Ausgangsmerkmal für eine erfolgreiche Alkoholbehandlung (z.B. Küfner et al., 1984), wobei Löschmann (2000) keinen Zusammenhang zwischen vorherigen Suizidversuchen und Therapieerfolg bei Suchtpatienten feststellen konnte.

Die **Arbeitsunfähigkeit** kann ebenfalls als Erkrankungsmerkmal gewertet werden, insofern, als sie ein Kriterium der sozialen Beeinträchtigung durch die Erkrankung darstellt. Einen Zusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit zu Behandlungsbeginn und zum Erfolg der Therapie konnten Geiser et al. (2003) nicht nachweisen. Patienten, die zu Beginn arbeitsunfähig waren, wurden zwar länger behandelt, konnten aber eine vom Ausmaß ähnliche Reduktion ihrer Symptomatik (Prä-Post-Vergleiche BDI, Beck, 1995 und SCL-90-R, Franke, 1995) erreichen wie die Patienten, die bei Aufnahme arbeitsfähig waren. Geiser et al. (2003) als auch Beutel et al. (1999) konnten jedoch zeigen, dass Patienten, die bei Aufnahme einer stationären psychotherapeutischen Behandlung arbeitsunfähig waren, im Vergleich zu arbeitsfähigen Patienten eine erhöhte psychische Belastung zu Behandlungsbeginn aufwiesen. Sandweg et al. (2001) gelang es, einen kurz- und langfristigen Behandlungserfolg bei geringer Arbeitsunfähigkeitszeit und nicht vorhandenem Rentenwunsch zu prognostizieren. Leidig (2003) wiederum fand eine negative Beeinflussung von Arbeitsunfähigkeitszeiten auf den Therapieverlauf und das Therapieergebnis. Bezüglich der Behandlungsdauer zeigten Borgart und Meermann (1999), dass arbeitsfähige Patienten eine kürzere Behandlungszeit als bei Aufnahme arbeitsunfähige Patienten aufwiesen, dabei wurden Patienten, die arbeitsunfähig kamen und nach Beendigung der Behandlung arbeitsfähig entlassen wurden, am längsten stationär behandelt. Auch Nosper (1999) sowie Broda et al. (1996) kamen zu dem Schluss, dass sich lange Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Behandlungsbeginn für ein erfolgreiches Therapieende als ungünstig erwiesen.

2.2.1.3 Merkmale psychischer Belastung

Im Mittelpunkt stehen hier Studien, die subjektive Patienteneinschätzungen bzgl. verschiedener Belastungsaspekte erhoben und in Bezug zu Therapieerfolg gesetzt haben.

Die Befunde zum Einfluss von **psychischer Belastung** auf den Therapieverlauf bzw. den Therapieerfolg sind insgesamt inkonsistent.

In einer Reihe von Studien scheint die psychischen Belastung keine Bedeutung für den Therapieerfolg zu haben: Es konnte kein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an psychopathologischer Belastung (erhoben über SCL 90-R, Franke, 1995) zu Behandlungsbeginn und einer globalen retrospektiven Therapieerfolgsbeurteilung durch den Patienten (Ziegenrucker, Junge & Ahrens, 1996; Michalak, Kosfelder, Meyer & Schulte, 2003) bzw. ein nur schwacher negativer Zusammenhang zur Erfolgseinschätzung des Therapeuten zum Therapieende (Michalak et al., 2003) oder zu einem sog. Prognoseindizes zum Entlassungszeitpunkt (Ziegenrucker et al., 1996) nachgewiesen werden. Auch Geiser et al. (2003) konnten in ihrer Studie für Angstpatienten bestätigen, dass sich die psychopathologische Belastung (SCL 90-R, Franke, 1995) als auch die Höhe der Depressivität, gemessen über das Beck- Depressions-Inventar (BDI, Beck, 1995) nicht zur Vorhersage der Therapieerfolgsbewertung durch den Patienten (erhoben über den Helping Alliance Questionnaire HAQ, Alexander & Luborsky 1986; dt. Bassler, Krauthauser & Hoffmann, 1995) zum 1-Jahres-Katamnesezeitpunkt eignet. Die Ergebnisse einer umfangreichen Studie von Nosper (1999) legen ebenfalls nahe, dass die psychische Belastung einen nur geringen Einfluss auf den Therapieerfolg hat: Der Therapieerfolg, erhoben mittels eines multiplen Besserungskriteriums oder über die Einschätzung körperlich-seelischer Verbesserung der Patienten zum Therapieende, ließ sich weder anhand der Höhe der Depressivität (ADS, Hautzinger & Bailer, 1993) vorhersagen, noch eignet sich die psychopathologische Belastung (SCL 90-R, Franke, 1995) zur Trennung zwischen gebesserten und nicht-gebesserten Patienten unabhängig davon, ob ein multiples Erfolgskriterium oder die Einschätzung körperlich-seelischer Veränderungen zum Therapieende gewählt wurde.

Hingegen fanden Sack, Lempa, Lamprecht und Schmitt-Ott (2003) einen bedeutsamen Effekt zwischen der psychischen Belastung und Therapieerfolgsmerkmalen. Die Ergebnisse seiner Studie verdeutlichen, dass sog. erfolgreiche Patienten, unter denen solche Patienten gefasst wurden, die nach Therapieende keine weitere Psychotherapie bis zum Katamnesezeitpunkt ca. ein Jahr nach Entlassung in Anspruch nahmen, sowohl zum Entlassungszeitpunkt als auch bei Therapiebeginn eine geringere psychopathologische Belastung (SCL 90-R, Franke, 1995) aufwiesen im Vergleich zu den Patienten, die auch nach der stationären Therapie weiter ambulant in Behandlung waren. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Studie auf einer sehr kleinen Stichprobe von 11 Patienten beruht und es auch fraglich ist, inwieweit sich das gewählte Kriterium tatsächlich als Therapieerfolgskriterium eignet. Schauenburg et al. (2001) wiederum konnten zeigen, dass der Anfangsverlauf der psychischen Belastung (gemessen über den BSI, Franke, 2000) in

einer psychotherapeutischen Behandlung die Höhe der psychopathologischen Belastung (SCL 90-R, Franke, 1995) zum Therapieende vorhersagen konnte.

Studien, die die differenzierte Betrachtung des Ausgangsstatus der psychischen Belastung zu Therapiebeginn im Blickpunkt haben, kommen zu folgenden Ergebnissen: Junge und Ahrens (1996) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass nur Patienten, die eine besonders starke Belastung (erhoben u.a. über SCL 90-R Franke, 1995) zu Beginn aufwiesen, eine geringere allgemeine Beschwerdeintensität zum Katamnesezeitpunkt hatten. Patienten, die zu Beginn der Behandlung wenig Beschwerden angaben, wiesen hingegen ein Jahr nach Entlassung keine wesentliche Abnahme der subjektiv eingeschätzten Beschwerdeintensität auf. Auch Nosper (1999) fand für Patienten mit einer höheren Depressionsbelastung (erhoben mittels Allgemeine Depressionsskala, ADS, Hautzinger & Bailer, 1993) zu Beginn der Behandlung insgesamt günstigere Besserungen bzgl. der Depressivität als für Patienten mit geringer Depressivität (Zeitraum: Behandlungsbeginn-Katamnese). Dieser Unterschied konnte jedoch nicht in Abhängigkeit des Schweregrads der psychopathologischen Belastung (SCL 90-R, Franke, 1995) nachgewiesen werden. Nosper folgert, dass eine stationäre Behandlung insbesondere für Patienten mit hohen Beeinträchtigungen als besonders lohnend scheint, wobei ausdrücklich auf die Berücksichtigung von Regressionseffekten hingewiesen wird.

2.2.2 Behandlungsmerkmale und Therapieerfolg

Die Definition von Behandlungsmerkmalen variiert in der klinischen Therapieerfolgsforschung erheblich. Die Abgrenzung zu Patientenmerkmalen und Therapieerfolgsmerkmalen erfolgt in der Literatur nicht wirklich klar. In Anlehnung an das „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard (1987) gehört zu den Behandlungsmerkmalen alles, was unter die sog. Prozessvariablen gefasst werden kann. Sie beschreiben verschiedene formale, technische, intra- und interpersonale, klinische und zeitliche Aspekte der Therapie. Eine ausführliche Darstellung des aktuellen Forschungsstands zu den einzelnen Prozessmerkmalen findet sich in Bergin und Garfield's „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (siehe Kapitel 8 „Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome-Research“, Orlinsky, Rönnefeldt & Willutzki, 2004; oder auch Kapitel 5 „The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy“, Lambert & Ogles, 2004). Orlinsky et al. (1994) kommen in ihrer Auswertung aktueller Forschungsbeiträge zu dem Schluss, dass die Bedeutung einer guten Beziehung zwischen Patient und Therapeut für eine erfolgreiche Therapie als das am besten gesicherte Ergebnis der Therapieforschung angesehen werden kann. Aber auch die Passung zwischen Therapie und Patient nimmt

einen hohen Stellenwert ein, wenn es um für den Therapieerfolg entscheidende Behandlungsmerkmale geht. Entscheidend für den Therapieerfolg ist also nach dem „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky & Howard, 1987) eher die Interaktion einzelner Aspekte des therapeutischen Prozesses. Bei der Auswertung der aktuellen Forschungsbeiträge im Rahmen von Behandlungsmerkmalen zur Rolle von Patienten- und Therapeutenmerkmalen wird weiterhin deutlich, dass weniger einzelne Aspekte des Therapeuten, der angewandten Technik oder des Patienten, sondern vielmehr die Wechselwirkung zwischen einzelner Therapeuten-, Technik- und Patientenvariablen differenzierte Aussagen über den Therapieerfolg erlaubt (Clarkin & Levy, 2004; Beutler, Malik, Alimonhamed, Harwood, Talebi, Noble & Wong, 2003).

In der vorliegenden Studie werden unter Behandlungsmerkmalen solche Variablen gefasst, die bei Therapieende vorlagen und sich für die Fragestellung als relevant erwiesen. Im Rahmen des „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky & Howard, 1987) können nach dieser Definition sowohl Prozess- als auch Outcomevariablen verstanden werden. D.h. es werden neben den **„klassischen“ Behandlungsmerkmalen** auch **kurzfristige Therapieerfolgsmaße** unter die Behandlungsmerkmale gefasst. Im Folgenden wird der Forschungsstand zu diesen ausgewählten Variablen dargestellt. Deutlich wird, dass zu einigen der ausgewählten Variablen weiterer Forschungsbedarf besteht, zumal es sich um in Rehabilitationskliniken standardmäßig erhobene Merkmale handelt.

Schon frühere Metaanalysen zur Bedeutung der **Behandlungsdauer** für den Therapieerfolg machen deutlich, dass bereits nach kurzer Behandlungszeit deutliche positive Veränderungen realisierbar sind, während im späteren Behandlungsverlauf weniger deutliche Veränderungen stattfinden (z.B. Luborsky, Singe & Luborsky, 1975; Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986). Aktuelle Studien, die i.d.R. nicht mehr auf Prä-Post-Vergleichen, sondern auf wöchentlichen Einschätzungen zum Therapieerfolg basieren, kommen zu ähnlichen Ergebnissen, wenn sie auch tendenziell etwas konservativere Schätzungen abgeben (Anderson & Lambert, 2001; Kadera, Lambert & Andrews, 1996): 50% der Patienten verbesserten sich klinisch signifikant, d.h. dass diese Patienten sich zu Therapiebeginn in einem pathologischen Symptombereich befanden und sich im Therapieverlauf hin zum nichtpathologischen Bereich veränderten, nach 13 bis 18 Sitzungen in einer Studie von Kadera, Lambert und Andrews (1996), bzw. nach 21 Sitzungen nach Befunden von Lambert, Hansen und Finch (2001), oder es waren 12-16 Sitzungen notwendig für effektive Psychotherapie (Hansen, Lambert & Forman, 2002). Bei 75% der Patienten konnte nach Kadera, Lambert und Andrews (1996) eine klinisch signifikante Verbesserung nach etwa 50 Sitzungen nachgewiesen werden, was auch die Ergebnisse von

Lambert, Hansen und Finch (2001) bestätigen. Deutlich kürzere Therapien als 20 Sitzungen erwiesen sich dagegen als weniger effektiv für 50% der Patienten (Kadera, Lambert & Andrews, 1996). Wird das weniger strenge Kriterium für Therapieerfolg, die statistische Signifikanz, angelegt, gelten 7 Sitzungen als ausreichend für 50% der Patienten und 14 Sitzungen für 75% der Patienten (Lambert, Hansen & Finch, 2001). Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass stärker gestörte Patienten mehr Therapiesitzungen brauchen, um ähnliche Therapieergebnisse zu erzielen als weniger gestörte Patienten (Kopta et al., 1994; Kadera, Lambert & Andrews, 1996; Shapiro, 1995). Studien aus dem deutschsprachigen Raum zum Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und dem Therapieerfolg sind widersprüchlich: Deter (1990) als auch Ergebnisse aus der von Steffanowski et al. durchgeführten Metaanalyse (2007) weisen auf einen besseren Behandlungserfolg hin, wenn Patienten sich länger in stationärer Therapie befinden. Geiser et al. (2001) fanden einen besseren Therapieerfolg bzgl. einer klinisch relevanten Symptomreduktion bei Patienten mit kürzerer Behandlungsdauer. Keinen Zusammenhang konnten Geiser et al. (2002) hingegen zwischen der Behandlungsdauer und der subjektiven Bewertung der Therapie ein Jahr später feststellen. Schauenburg et al. (2001) berichten, dass die Behandlungsdauer im stationären Setting an die erreichte Besserung angepasst zu werden scheint: Patienten, die rasch von der Therapie profitieren, sind tendenziell kürzer in Behandlung. Auf der anderen Seite können Patienten, die länger in Therapie bleiben, als ähnlich erfolgreich eingeschätzt werden, wie die Patienten mit kürzerer Behandlung. Andere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass der Therapieerfolg unabhängig von der Verweildauer ist (Fliege et al., 2002; Bassler et al., 1995; Nosper, 1999; Schmidt, 1991; Geiser et al., 2002).

Im Rahmen von Behandlungsmerkmalen, die einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben, muss im Zusammenhang mit der Behandlungsdauer auch der **Entlassmodus** des Patienten berücksichtigt werden. Darunter fallen im stationären Setting neben der regulären Therapiebeendigung der Abbruch durch den Patienten, aber auch die Entlassung aus medizinischen oder sozialen/familiären Gründen, die Entlassung aus disziplinarischen Gründen oder die vorzeitige Entlassung, wenn die Therapieziele früher als vorgesehen erreicht wurden. In diesem Zusammenhang wird auf weiteren großen Forschungsbedarf zu den Ursachen für den Therapieabbruch durch Patienten hingewiesen (z.B. Clarkin & Levy, 2004). Zwar wird in einigen Studien der (unerwünschte) Therapieabbruch durch den Patienten einbezogen (Überblick siehe Garfield, 1994; für den deutschsprachigen Raum: Borgart & Meermann, 1999; Nosper, 1999; Schulz & Volger, 1981), jedoch wird in diesen Studien der Therapieabbruch selbst als Kriterium für einen unzureichenden Therapieerfolg bewertet. Im Vordergrund der Studien steht i.d.R. die Frage, welche Patientenmerkmale einen Einfluss auf den Abbruch haben. So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass

schwerer gestörte Patienten, darunter fallen u.a. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, häufiger die Therapie irregulär beenden (Chiesa, Drahorad & Longo, 2000; Gunderson et al., 1989; Shea, Pilkonis, Beckham et al., 1990; Skodol, Buckley & Charles, 1983). Kaum Beachtung fand bislang die Betrachtung des Therapieabbruchs als Behandlungsmerkmal, das einen Einfluss auf den katamnestisch erhobenen Therapieerfolg haben könnte. Löschmann (2000) und Süß (1988) konnten in diesem Zusammenhang signifikante positive Zusammenhänge zwischen irregulärer Therapiebeendigung von alkoholabhängigen Patienten und einer erhöhten Rückfallwahrscheinlichkeit feststellen.

Die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der **Arbeits- und Erwerbsfähigkeit** zum Ende der Therapie gilt als zentrales Therapieziel insbesondere für psychosomatische Rehabilitationsbehandlungen und wird zur Erfolgsbeurteilung von Rehabilitationsmaßnahmen herangezogen (vgl. auch Kap. 2.2.2 Arbeitsunfähigkeit als Erkrankungsmerkmal; bzw. Kap. 2.4 Dissertation Deubner-Böhme, 2007). Bisherige Studien verdeutlichen, dass der überwiegende Anteil an (berufstätigen) Patienten, in der Regel über 90%, arbeitsfähig aus Rehabilitationsbehandlungen entlassen werden (vgl. Broda et al., 1996; Nosper, 1999; Bürger, 1997). Als Risikofaktor für eine erfolgreiche Wiedereingliederung erwiesen sich nach Bürger (1997) lange Fehlzeiten vor dem Klinikaufenthalt, Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme und Entlassung, Erwartung nach Unterstützung bei Rentenwunsch, Beeinträchtigungen durch Beschwerden im beruflichen Bereich und unspezifischen Erholungserwartung. Für Patienten, die nicht arbeitsfähig entlassen wurden, besteht ein deutlich höheres Risiko, berentet zu werden. Der Status der Arbeitsfähigkeit bei Entlassung hat damit eine prognostische Bedeutung für den späteren Verbleib im Erwerbsleben, auch über einen Katamnesezeitraum von im Schnitt zwei Jahren (vgl. Broda et al., 1996). Kritisch anzumerken bei der Beurteilung und Interpretation von Arbeitsunfähigkeitsdaten sei nach Bürger (1997), dass die Arbeitsunfähigkeit auch von einer Reihe nicht krankheitsbedingter personaler und situativer Faktoren (z.B. Arbeitslosigkeit) beeinflusst wird. Des weiteren müssen statistische Regressionseffekte (Stelzl, 1980) sowie epidemiologische Arbeitsunfähigkeits-Trends (Gerdes, 1993) berücksichtigt werden. Auch beinhaltet die subjektive Befragung der Patienten nach Fehlzeittagen nach Abschluss der stationären Maßnahme Verzerrungen.

Heterogen sind weiterhin die Befunde für die Bedeutung der **psychischen Belastung zu Therapieende** sowie für die **Veränderung der psychischen Belastung** (psychopathologische Belastung erhoben mittels SCLGSI-Wert der Symptom-Checklist, SCL90-R, Franke, 1995, Depressivität erhoben mittels Beck-Depressions-Inventar, BDI, Beck, 1995) im Therapieverlauf und deren Bedeutung für den langfristigen Therapieerfolg.

Neben der Erfassung statistisch relevanter Veränderungen kommt dem Kriterium der klinischen Bedeutsamkeit in der Psychotherapieforschung ein immer wichtigerer Stellenwert gerade im Hinblick auf die Bewertung von Veränderungsmaßen zu (vgl. Kendall, Holmbeck & Verduin, 2004; Hill & Lambert, 2004; Lutz & Grawe, 2004, siehe auch Methoden Kap. 4.3.3). Als in der Therapie erfolgreich bzw. als „geheilt“ gelten solche Patienten, denen eine statistisch bedeutsame Veränderung von einem dysfunktionalen Bereich in einen funktionalen „gesunden“ Bereich gelungen ist. Für die psychopathologische Belastung erhoben mittels des globalen Schwere-Index (GSI) der SCL 90-R (vgl. Franke, 1995) ergibt sich in verschiedenen Therapie-Outcome-Studien für den deutschsprachigen Raum ein Anteil an sog. geheilten Patienten zwischen 16,9% (Davies-Osterkamp et al., 1996) und 23,3% (Schauenburg & Strack, 1999). Geiser et al. (2001) fanden für 20,9% der Patienten zu Therapieende und für sogar 37,2% der Patienten zum Katamnesezeitpunkt statistisch und klinisch bedeutsame Verbesserungen im GSI-Wert der SCL90 vor. Zusammenhänge zwischen subjektiven Erfolgskriterien und der **Veränderung psychischer Belastung** konnten Sandweg et al. (2001) als auch Nosper (1999) belegen. Nosper (1999) konnte zeigen, dass solche Patienten, die sich in ihrer psychopathologischen Belastung im Therapieverlauf stark verändern, auch eine deutlich stärkere Besserung im multiplen Erfolgskriterium (erhoben über Einschätzung des Therapieerfolg durch den Patienten, Therapeuten und Arzt zum Abschluss der Behandlung) aufwiesen. Hingegen stellten Sack et al. (2003) in ihrer Untersuchung fest, dass sich bzgl. ihrer psychopathologischen Belastung klinisch bzw. statistisch signifikant gebesserten Patienten nicht von nicht-gebesserten Patienten in verschiedenen Therapieerfolgskriterien (Einschätzung der Zielerreichung am Therapieende, Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands zum Katamnesezeitpunkt, Nichtinanspruchnahme weiterer Psychotherapie bis zum Katamnesezeitpunkt, Einschätzung des Therapieerfolg zum Katamnesezeitpunkts) unterscheiden. Die Befunde von Sack et al. (2003) ergeben darüber hinaus, dass Patienten, die keine weitere Psychotherapie bis zum Katamnesezeitpunkt in Anspruch nahmen, **zum Entlassungszeitpunkt geringere psychopathologische Belastung** aufwiesen. Geiser et al. (2002) konnte für Angstpatienten zeigen, dass nicht die therapieunabhängigen personen- oder krankheitsbezogenen Variablen sondern das nach der Therapie erreichte Symptommiveau erhoben mittels des Beck-Depressions-Inventar oder der Symptom-Check-List hoch mit der Erfolgsbewertung des Patienten zum Katamnesezeitpunkt (gemessen über HAQ, Alexander & Luborsky 1986; dt. Bassler et al., 1995) zusammenhängt. Die Veränderung der psychischen Belastung im BDI und SCLGSI-Wert zeigte dagegen sehr viel geringere Korrelationen zum Erfolg bei Katamnese auf und scheint somit weniger bedeutsam für den längerfristigen Therapieerfolg zu sein. Auch in einer Studie von Michalak et al. (2003) wurde deutlich, dass die Restsymptomatik psychopathologischer Belastung bei

Behandlungsende hoch negativ mit der retrospektiven Erfolgseinschätzung durch Therapeut oder Patient zu Therapieende korreliert: je höher die Restsymptomatik um so geringer die Erfolgsbeurteilung. Die Autoren stellten weiterhin fest, dass die Höhe der Veränderung der psychopathologischen Belastung keine Aussage darüber erlaubt, ob ein Patient sechs Monate nach Behandlung erneut eine Behandlung aufsucht oder Medikamente eingenommen hat, was in dieser Studie als Kriterium für den katamnestisch erhobenen Therapieerfolg herangezogen wurde. Eine umfangreiche Symptomreduktion bedeutete weiterhin auch nicht unbedingt eine zufriedenstellende Bewertung der Lebenssituation zu Therapieende. Insgesamt ergibt sich ein weitgehend konsistentes Bild, dass Psychotherapieerfolg am besten durch das Ausmaß an psychischer Belastung zu Therapieende (bzw. durch die klinisch relevante Symptomreduktion zu Therapieende) und nicht durch die (rein statistische) Veränderung der Symptombelastung (Unterscheidung zwischen klinischer und statistischer Signifikanz; vgl. auch Lambert & Hill, 1994; Kendall et al., 2004; Hill & Lambert, 2004; siehe auch Kap. 4) vorhersagbar ist.

2.2.3 Ressourcen und Therapieerfolg

Patienten scheinen aufnahmebereiter für Vorgehen zu sein, die deren Ressourcenpotentiale ansprechen (Willutzki, 2000a). Rude und Rehm (1991) überprüften Psychotherapiestudien dahingehend, ob sie eher Kompensations- oder Kapitalisationsmodelle im Sinne von Cronbach und Snow (1977) erfüllen. Während Kompensationsmodelle Defizite fokussieren und die Veränderung dieser Defizite als Therapieziel anstreben, berücksichtigen Kapitalisationseffekte eher die Stärken von Patienten, um Probleme oder psychische Störungen erfolgreich zu bewältigen. In einer Überblicksarbeit konnten Rude und Rehm (1991) zeigen, dass immerhin acht von zwölf größeren Gruppenstudien im Sinne der Kapitalisationshypothese interpretiert werden können, während die Kompensationshypothese nur von zwei Studien belegt werden konnte. Der Therapieerfolg erwies sich als abhängig von der Passung zwischen dem therapeutischen Vorgehen und bestimmten Patientenmerkmalen (Rude & Rehm, 1991). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen u.a. die Berner Therapievergleichsstudie (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990), die NIMH-Studie (Elkin, 1994), sowie die Therapievergleichsstudie von Willutzki (2000b). Die zitierten Studien zeigen, dass Patienten besonders von solchen Behandlungskonzepten profitieren, die an ihren Stärken und Potentialen ansetzen. Daraus ergibt sich die Forderung für die psychotherapeutische Praxis, differentielle Indikation von den Stärken und Handlungsmöglichkeiten einer Person abzuleiten, was eine umfangreiche Ressourcendiagnostik voraussetzen würde (Willutzki, 2000a; Grawe, 1997; 1998; Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Kanfer et al., 1996; Tröskén, 2002; vgl. auch Kap. 2.1.3).

Es ist allerdings ein neuer, noch sehr kleiner Forschungsbereich, der sich systematisch mit der Bedeutung aktuell verfügbarer Möglichkeiten und Potentiale von Patienten im Hinblick auf Psychotherapieerfolg beschäftigt (Grawe, 1998; Tröskén, 2002; Tröskén & Grawe, 2004; Ruf, 2003; Oesch, 2002). Im Folgenden wird ein Überblick über den bisherigen Stand der Forschung gegeben und daraus die Relevanz für die vorliegende Arbeit abgeleitet.

Einige der Studien, die sich systematisch mit der Bedeutung von Ressourcen für den Therapieprozess und -erfolg beschäftigen, untersuchen die Rolle von Ressourcenpotentialen, in anderen Studien stehen die tatsächlich wahrgenommenen subjektiven Ressourcen von Patienten im Vordergrund (zur Unterscheidung zwischen Ressourcenpotentialen und Ressourcenrealisierung siehe Kap. 2.1). Zu nennen sind in diesem Zusammenhang einerseits die Studie von Tröskén und Grawe (2004) zur Rolle von Ressourcenpotentialen und Ressourcenrealisierung für die psychologische Therapie, einige Diplomarbeiten, die an der Validierung des Berner Ressourceninventars von Tröskén (2002) beteiligt waren (Heinz, 2003, Oesch, 2002; Giger, 2002), sowie die Studie von Ruf (2003) zur Bedeutung von Ressourcenrealisierung für den Behandlungserfolg von alkoholabhängigen Patienten. In den zitierten Studien werden Patientenressourcen systematisch über das Berner Ressourceninventar (Tröskén, 2002) erfasst. Die Ergebnisse weisen übereinstimmend auf einen **positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Ressourcen von Patienten und Therapieerfolg** hin.

Theoretische Überlegungen zur Rolle von Ressourcenrealisierung für den Therapieerfolg können aus dem „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; siehe Kap. 2.2.1) und dem Wirkfaktorenmodell von Grawe (vgl. Grawe & Grawe-Gerber, 1999; siehe Kap. 2.1) abgeleitet werden. Beide Modelle dienen als theoretische Grundlage für die Konzeption der vorliegenden empirischen Arbeit.

Im Rahmen des „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky & Howard, 1987) kann die **aktuelle Ressourcenrealisierung von Patienten sowohl den Input-, den Prozess, als auch den Outputvariablen zugeordnet werden**, die als entscheidende Einflussgrößen für den Psychotherapieprozess gelten: Ressourcenrealisierung beschreibt zunächst im Sinne einer Inputvariable die Ausstattung einer Person mit Möglichkeiten und Potentialen zur Bewältigung von Anforderungen, die der Patient in die Therapie „mitbringt“. Grundsätzlich scheinen Patienten, die bereits zu Therapiebeginn über mehr positive Möglichkeiten verfügen, besser von Therapie profitieren zu können (Seidenstücker, 1984; Garfield, 1994; Kiehlstein, Kapelle & Herbst, 1995; Durham, Allan & Hackett, 1997; Schlesinger, 1988;

Sullivan, 1953; Frank, 1974; Tröskén, 2002). Ressourcenrealisierung spielt aber auch als Prozess- und Outputvariable eine wichtige Rolle: Die wenigen Studien, die es zur Veränderung von Ressourcen gibt, konnten übereinstimmend positive Veränderungen im Sinne eines Ressourcenzuwachses im psychotherapeutischen Verlauf zeigen (Tröskén & Grawe, 2004; Jack, 2001; Sack, Künsebeck, & Lamprecht, 1997; Viehhauser, 2000). Schließlich zeigt sich in der klinischen Praxis ein positiver Zusammenhang zwischen einem Ressourcenzuwachs während der Therapie und längerfristigem Therapieerfolg. Es besteht diesbezüglich jedoch eine große Diskrepanz zwischen klinischer Praxis und Forschung. Während sich in der klinischen Praxis eine Ressourcenorientierung zunehmend durchsetzt, gibt es trotz wachsender Aufmerksamkeit der Fachöffentlichkeit für die Ressourcenforschung immer noch einen eklatanten Mangel an empirischen Nachweisen.

Für die Ableitung von Aussagen zur Ressourcenrealisierung im Hinblick auf Therapieerfolg kommt dem Wirkfaktor **Ressourcenaktivierung** (Grawe & Grawe-Gerber, 1999; ausführlich siehe Kap. 2.1) eine besondere Rolle zu. Grawe (1998) betont, dass Ressourcen nur dann und in dem Ausmaß einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis haben, wenn sie durch ein spezifisch auf die individuellen Möglichkeiten und Voraussetzungen des Patienten zugeschnittenes therapeutisches Angebot aktiviert und genutzt werden. Ziel von Ressourcenaktivierung ist also das Aufspüren und Aktivieren von Ressourcenpotentialen beim Patienten (Grawe, 1998; siehe Kap. 2.1). Es gibt Hinweise auf einen positiven Zusammenhang zwischen Ressourcenpotentialen und kurzfristigen Therapieerfolgsmaßen (siehe auch Kap. 2.3.2). Während Ressourcenaktivierung durch den Therapeuten das „Wie“ für das Gelingen einer psychotherapeutischen Behandlung darstellt, beschreibt die vom Patienten erlebte aktuelle **Ressourcenrealisierung** eine subjektive Einschätzung des Patienten bezüglich seines aktuellen Befindens, seiner aktuellen Situation und seines Verhaltensrepertoires zur Bewältigung von Anforderungen aus verschiedenen Lebensbereichen zu einem konkreten Zeitpunkt (Tröskén, 2002). Inwiefern eine Ressourcenaktivierung während der Therapie tatsächlich gelungen ist, könnte sich in einem messbaren Zuwachs an subjektiv vom Patienten wahrgenommener Ressourcenrealisierung zeigen. Vor dem Hintergrund, dass eine erfolgreiche Aktivierung von Ressourcenpotentialen bei Patienten als empirisch gut abgesicherter Prädiktor für Psychotherapieerfolg (Grawe, 1998) gilt, kann man davon ausgehen, dass auch ein Zuwachs an subjektiv wahrgenommener Ressourcenrealisierung des Patienten während der Therapie prädiktiven Wert für die Vorhersage von Therapieerfolg hat. In diesem Zusammenhang konnten Tröskén und Grawe (2004) zeigen, dass Patienten nach Abschluss einer ambulanten Psychotherapie eine deutliche Verbesserung bezüglich ihrer aktuellen Ressourcenrealisierung angaben. Bedeutsam war hierbei die Zunahme von Wohlbefinden, Selbstwerterleben, einem

positiveren Selbstkonzept sowie besseren Stressbewältigungskompetenzen. Auch aus der Sicht naher Bezugspersonen ergaben sich Veränderungen insbesondere hinsichtlich sozialer und emotionaler Ressourcenpotentiale. Ein Zugewinn von Ressourcen während der Therapie wird unter Verweis auf Studien von Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti und Grandi (1998) sowie Fava (1999) als wirksamer „Puffer“ gegenüber Rückfällen oder der späteren Entwicklung weiterer psychischer Störungen diskutiert (Trösken & Grawe, 2004). Es existiert bislang jedoch noch keine Studie, die diesen Zusammenhang tatsächlich nachweisen konnte. Lediglich Ruf (2003) konnte einen positiven Zusammenhang zwischen der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und dem längerfristigen Therapieerfolg bei Suchtpatienten nachweisen (siehe Kap. 2.4). Ansonsten gibt es nur vereinzelt Befunde, die einen positiven Zusammenhang zwischen der Ressourcenrealisierung und kurzfristigen Therapieerfolgsmaßen nachweisen konnten (siehe ausführliche Darstellung Kap. 2.3.2). An dieser Stelle muss jedoch wieder auf den Bedarf an empirischen Nachweisen, v.a. an prospektiven Studien, welche die Veränderung von Ressourcen im Therapieprozess und deren Bedeutung für den Psychotherapieerfolg untersuchen, und auf das Anliegen der vorliegenden Arbeit hingewiesen werden.

2.2.4 Relevanz für die vorliegende empirische Arbeit

Das Forschungsprojekt orientiert sich für das Design der Studie an der Struktur des „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994), um bestimmte Patientenressourcen, Patienten- und Behandlungsmerkmale, die bislang überwiegend im Sinne von vereinzelt Einflussgrößen für den Therapieerfolg untersucht wurden, in einen Gesamtkontext im Hinblick auf deren Bedeutung für Therapieverlauf sowie Therapieerfolg zu bringen. Im Zentrum des Interesses steht die Rolle der subjektiven Ressourcen von Patienten für den Therapieprozess und Therapieerfolg. Da bislang dazu noch wenig empirische Forschung vorliegt, erscheint der Rückgriff auf mittlerweile reichhaltige Befunde zur Rolle von Patienten- bzw. Behandlungsmerkmalen für den Therapieerfolg sinnvoll (siehe Kap. 2.2.1 und 2.2.2).

Die Auswahl der Patienten- und Behandlungsmerkmale für das Forschungsprojekt orientiert sich in erster Linie pragmatisch an der Verfügbarkeit der Variablen durch die behandelnde Klinik der verwendeten Patientenstichproben. Es muss jedoch kritisch angemerkt werden, dass der Einfluss einzelner Merkmale des Therapeuten, der angewandten Methode oder des Patienten aktuell als vergleichsweise unbedeutend für die Vorhersage von Therapieerfolg gilt. Statt dessen scheint es eher auf Wechselwirkungen

zwischen einzelnen Aspekten anzukommen, um differenzierte Aussagen über den Erfolg von Behandlungen machen zu können (siehe Kap. 2.2.2).

Unter die sog. Patientenmerkmale - damit sind solche Merkmale gemeint, die den Patienten zu Beginn einer Behandlung beschreiben - werden Person- und Erkrankungsmerkmale sowie Merkmale der psychischen Belastung gefasst. Für die Bedeutung der für die Studie ausgewählten Patientenmerkmale zeigt sich ein heterogenes Bild in der Literatur der Process-Outcome-Forschung (siehe Kap. 2.2.1).

Im Rahmen der sog. Personmerkmale, die auch als soziodemographische Variablen bezeichnet werden, erwies sich das Alter als eher unbedeutend für den Therapieerfolg: Effektivität von Psychotherapie konnte für alle Altersgruppen nachgewiesen werden (siehe Kap. 2.2.1.1). Es lassen sich weiterhin keine allgemeinen Geschlechtseffekte für die Vorhersage von Therapieerfolg identifizieren, wohl kommt aber der Passung zwischen Geschlecht des Patienten und dem jeweiligen Behandlungskonzept eine Bedeutung im Hinblick auf den Therapieerfolg zu (siehe Kap. 2.2.1.1). Bis auf wenige Ausnahmen konnten im Rahmen von empirischen Studien insgesamt keine Effekte für die Prognose von Therapieerfolg durch den Bildungsstand von Patienten nachgewiesen werden (siehe Kap. 2.2.1.1). Die Bedeutung einer festen Partnerschaft für den Therapieerfolg ist nach aktueller Forschungslage umstritten, es scheint aber auf das Ausmaß an sozialer Unterstützung, u.a. durch eine feste Partnerschaft, anzukommen (siehe Kap. 2.2.1.1). Der Zusammenhang zwischen Arbeit bzw. Arbeitsbelastung und Psychotherapieerfolg ist bislang noch wenig erforscht und die Ergebnisse sind inkonsistent: für psychosomatisch erkrankte Patienten konnte bislang keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen dem Erwerbsstatus (erwerbstätig oder arbeitslos) und Behandlungserfolg nachgewiesen werden. Dagegen scheint für alkoholabhängige Patienten das Vorliegen eines Arbeitsplatzes ein wichtiger Indikator für den Therapieerfolg zu sein (siehe Kap. 2.2.1.1).

Für den Zusammenhang zwischen Erkrankungsmerkmalen, die eine Aussage über die Schwere einer Erkrankung bzw. das Ausmaß an funktionaler Beeinträchtigung machen, mit dem Therapieerfolg zeigt die Forschung ein weitgehend einheitliches Bild: Eine schwere Erkrankung und eine hohe funktionale Beeinträchtigung erwiesen sich als prognostisch ungünstig für den Therapieerfolg (siehe Kap. 2.2.1.2). Weniger Relevanz scheinen einzelne Diagnosegruppen oder Komorbidität allgemein für den Therapieerfolg zu haben. Umstritten ist die Rolle von Persönlichkeitsstörungen: Wenn zusätzlich zur Achse-I-Störung eine Achse-II-Störung vorliegt, konnte dies in vielen Studien als negativer Prädiktor für Psychotherapieerfolg nachgewiesen werden. Allerdings wurde in anderen Studien wiederum deutlich, dass die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für den Behandlungserfolg

überschätzt wird (siehe Kap. 2.2.1.2). Auch die Erkrankungsdauer scheint eher unbedeutend für das Therapieergebnis zu sein (siehe Kap. 2.2.1.2). Heterogen sind die Befunde zur Bedeutung vorheriger psychotherapeutischer Behandlungen für den Erfolg der aktuellen Behandlung: einige Studien bestätigen die Vermutung, dass Patienten mit psychotherapeutischen Vorbehandlungen eher schlechtere Therapieergebnisse erzielen als Patienten ohne entsprechende Vorbehandlungen. In anderen Studien konnte dieser Zusammenhang jedoch nicht bestätigt werden (siehe Kap. 2.2.1.2). Der Einfluss vorheriger Suizidversuche auf das Behandlungsergebnis ist noch nicht hinreichend erforscht genauso wie bislang ungeklärt ist, inwieweit die Arbeitsunfähigkeit von Patienten einen Einfluss auf den Behandlungserfolg hat. Es liegen konträre Ergebnisse vor (siehe Kap. 2.2.1.2).

Die psychische Belastung scheint trotz heterogener Befunde dennoch einen bedeutsamen Einfluss auf den Therapieerfolg zu haben: teilweise konnte gezeigt werden, dass sich eine hohe psychische Belastung negativ auf Therapieerfolg auswirkt. Es zeigte neben einem vereinzelt gänzlich fehlendem Zusammenhang sich auch umgekehrt, dass eine hohe psychische Belastung zu Therapiebeginn in Zusammenhang mit einer längerfristig geringen Beschwerdeintensität zusammenhängt. (siehe Kap. 2.2.1.3). Die Studien hierzu sind jedoch schwer vergleichbar, da die Erhebungszeitpunkte der psychischen Belastung sowie die Erhebungszeitpunkte und Kriterien für Therapieerfolg (Patienten oder Therapeuten-Perspektive, singuläre vs. multidimensionale Erfolgskriterien) variieren und die Studien damit recht unterschiedliche Designs aufweisen.

Die beschriebenen Patientenmerkmale werden angesichts der heterogenen Befunde im vorliegenden Forschungsprojekt nicht direkt mit dem katamnestisch erhobenen Therapieerfolg in Zusammenhang gesetzt, sondern werden auf die im Mittelpunkt des Interesses stehende Ressourcenrealisierung bezogen (siehe Kap. 2.3). Während die Ressourcenrealisierung einerseits als ein weiteres Patientenmerkmal betrachtet werden könnte, steht in der vorliegenden Studie die Frage im Vordergrund, welche Patientenmerkmale einen Einfluss auf die - systematisch betrachtete - Ressourcenrealisierung von Patienten haben, der wiederum ein zentraler Stellenwert für den Therapieprozess und den Therapieerfolg zugeschrieben wird.

Ähnliches gilt für die Behandlungsmerkmale. Im vorliegenden Forschungsprojekt werden unter Behandlungsmerkmale solche Variablen gefasst, die nach dem „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard (1987) als Prozess- und Outcome-Variablen bezeichnet werden. Wieder könnte die Ressourcenrealisierung bzw. der Zuwachs an Ressourcenrealisierung selbst als Behandlungsmerkmal verstanden werden. Statt dessen

geht es im vorliegenden Forschungsprojekt darum, zu untersuchen, welchen Einfluss die Ressourcenrealisierung von Patienten auf Behandlungsmerkmale hat.

An dieser Stelle muss auf die uneinheitliche Verwendung bzw. Überschneidung von den in der Literatur verwendeten Begriffen Behandlungsmerkmale und Therapieerfolg hingewiesen werden. Hinzu kommen die zahlreich existierenden verschiedenen Kriterien zur Messung von Therapieerfolg. Therapieerfolg wird sowohl über das Therapieergebnis bei Therapieende als auch über katamnestisch erhobene Merkmale des aktuellen Befindens des Patienten erhoben, was die Vergleichbarkeit der Studien erschwert.

Eine gute Beziehung zwischen Patient und Therapeut sowie die Passung zwischen Patient und Therapie gelten als die wichtigsten und die am besten abgesicherten Prädiktoren für eine erfolgreiche Behandlung (siehe Kapitel 2.2.2). Für die Rolle der Behandlungsdauer gilt insgesamt, dass sich nach kurzer Zeit schon relativ große Erfolge erzielen lassen, während im späteren Behandlungsverlauf zwar eine Stabilisierung gefördert wird, aber weniger deutliche Veränderungen stattfinden. Darüber hinaus zeichnet sich die Tendenz ab, dass stärker psychisch beeinträchtigte Patienten länger behandelt werden (siehe Kapitel 2.2.2). Zum Entlassmodus von Patienten existiert mit Ausnahme zum Therapieabbruch durch den Patienten bislang kaum Forschung. In den Untersuchungen zum Therapieabbruch wird dieser selbst als unerwünschtes Therapieergebnis bewertet, es wird aber nicht die Art der Entlassung in Beziehung zu langfristigen Therapieerfolgsmaßen gesetzt (siehe Kap. 2.2.2). Die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von Patienten wird v.a. für die Beurteilung von psychosomatischen Rehabilitationsbehandlungen selbst als Kriterium für Therapieerfolg herangezogen. Es konnte gezeigt werden, dass der Arbeitsunfähigkeitsstatus bei Therapieende durchaus einen prognostischen Wert für den späteren Verbleib im Erwerbsleben hat (siehe Kap. 2.2.2). Bezüglich der Rolle der psychischen Belastung lassen sich die insgesamt heterogenen Befunde insoweit zusammenfassen, als Psychotherapieerfolg am ehesten durch das Ausmaß an psychischer Belastung zu Therapieende bzw. durch die klinisch relevante Symptomreduktion zu Therapieende und nicht durch die rein statistische Veränderung der Symptombelastung vorhersagbar ist (siehe Kap. 2.2.2).

Die Bedeutung von Ressourcen für die Psychotherapie gilt mittlerweile als empirisch gesichert. Bereits in der Vergangenheit wurde die Rolle einzelner Ressourcenkonstrukte für die Bewältigung von psychischen Erkrankungen untersucht (siehe Kap. 2.2.3). Zahlreiche Studien belegen, dass die Aktivierung positiver Möglichkeiten und Potentiale der Patienten durch den Therapeuten den Psychotherapieverlauf bzw. die Genese von Patienten positiv

beeinflussen (siehe Kap. 2.2.3). Es gibt bislang jedoch nur wenig Forschung, die sich systematisch mit Zusammenhängen zwischen tatsächlich wahrgenommenen subjektiven Patientenressourcen im Hinblick auf den Psychotherapieverlauf beschäftigt. Die Ergebnisse dieser Studien weisen übereinstimmend auf einen Zusammenhang zwischen den tatsächlich wahrgenommenen Patientenressourcen und Psychotherapieerfolg hin (siehe Kap. 2.2.3). Tröskén und Grawe (2004) nehmen eine prädiktive Funktion aktueller Ressourcenrealisierung für Psychotherapieerfolg an. Ein Zuwachs an Ressourcenrealisierung während der Therapie könnte als Ergebnis einer gelungenen Ressourcenaktivierung verstanden werden. Bislang gibt es dafür jedoch noch keinen empirischen Nachweis. Zum Zusammenhang zwischen der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und dem längerfristigen Therapieerfolg gibt es bislang nur einen Einzelbefund. Inwieweit die Veränderung der Ressourcenrealisierung einen Einfluss auf den längerfristigen Therapieerfolg hat, wurde noch nicht untersucht.

Dieser Mangel wird durch das vorliegende Forschungsprojekt aufgegriffen: Es soll eine prospektive Erhebung von Patientenressourcen durchgeführt werden – zu Therapiebeginn und zu Therapieende – und die prädiktive Funktion von Ressourcenrealisierung für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung untersucht werden, wobei der Erfolg der Therapie sowohl über kurzfristige Therapieerfolgsmaße zu Therapieende, hier auch als Behandlungsmerkmale verstanden, als auch katamnestisch ein Jahr nach der Therapie bewertet wird. Als kurzfristige Therapieerfolgsmaße wurde die in der Forschung übliche indirekte Veränderungsmessung der psychischen Belastung ausgewählt. Für den längerfristigen Therapieerfolg, der hier ein Jahr nach Therapieende erhoben wird, werden gängige in der Rehabilitationsbehandlung verwendete patientengruppenspezifische oder auch kostenrelevante Kriterien aus der Katamnese untersucht. Zusätzlich ist als diagnosgruppenunabhängiges Kriterium die allgemeine Lebenszufriedenheit von Patienten als Ausdruck wahrgenommener Kongruenz in Verbindung mit der Ressourcenrealisierung als Maß gelungener Bedürfnisbefriedigung besonders interessant, auch wenn dieses in der Psychotherapieforschung bislang stark vernachlässigt wurde. Einen besonderen Stellenwert nimmt in der vorliegenden Untersuchung die psychische Belastung ein – sie wird hier bewusst als separate Größe der Ressourcenrealisierung gegenübergestellt (siehe ausführlich Kap. 2.3).

2.3 *Ressourcen und psychotherapeutische Einflussgrößen*

Über die Bedeutung von Patienten- und Behandlungsmerkmalen für die Therapieforschung wurde bereits in Kapitel 2.2 ausführlich berichtet. Es stellt sich die Frage, inwieweit diese Patienten- und Behandlungsmerkmale, die sich im Hinblick auf den Therapieerfolg als bedeutsam erwiesen haben, auch eine Rolle für Art und Ausmaß subjektiv wahrgenommener Ressourcenrealisierung von Patienten spielen.

Zu dieser Fragestellung liegen bislang jedoch nur wenige empirische Einzelstudien vor, da Forschungsprojekte bislang eher aus einer defizitorientierten Sichtweise heraus den Fokus auf die Erklärung von Unterschieden bzgl. der Symptombelastung bzw. der Veränderung dieser gelegt haben (siehe Kap. 2.2). Studien, die die explizite Untersuchung von Ressourcen vor einem konsistenztheoretischen Hintergrund und weiteren Einflussgrößen im Fokus haben, kommen mit Ausnahme der Studie von Ruf (2003) aus der Forschergruppe um Grawe (Trösken, 2002; Trösken & Grawe, 2004; Oesch, 2002; Giger, 2002; Heinz, 2003).

Im Folgenden werden Patienten- und Behandlungsmerkmale in Bezug zum verwendeten Ressourcenkonstrukt der vorliegenden Arbeit gesetzt und die Relevanz für die vorliegende Arbeit herausgearbeitet. Schwerpunkt der folgenden Darstellung liegt dabei auf Untersuchungen zur Ressourcenrealisierung (siehe auch Kap. 2.3.3, Tab. 2.3.3.1). Des weiteren wird über Studienergebnisse zu Ressourcenpotentialen berichtet (zur Abgrenzung zwischen Ressourcenrealisierung und Ressourcenpotentialen siehe Kap. 2.1.1). An einigen Stellen werden interessante Befunde von anderen Studien ergänzt, die Ressourcen im weiteren Sinne untersucht haben.

2.3.1 Ressourcen und Patientenmerkmale

Patientenmerkmale gelten wie bereits in Kapitel 2.2.1 dargestellt trotz heterogener Befundlage als wichtige Einflussgrößen für psychotherapeutische Veränderungen. Vor dem Hintergrund, dass einzelne in der Literatur zur Therapieforschung erhobene Patientenmerkmale nach der Definition von Grawe (siehe Kap. 2.1) - meist im Sinne objektiver Ressourcen (Jerusalem, 1990) - selbst als Ressourcen gelten, ist eine scharfe Trennung zwischen einzelnen Patientenmerkmalen und Ressourcen meist kaum möglich (siehe Kap. 2.1; Grawe & Grawe-Gerber, 1999 oder Leppin, 1997; Klemenz, 2003a), was bei der Interpretation von Studienergebnissen berücksichtigt werden muss.

Zunächst werden analog zum vorangegangenen Kapitel Befunde zu Person- als auch Erkrankungsmerkmalen vorgestellt sowie anschließend die Bedeutung der psychischen Belastung der Patienten als wichtige Einflussgröße für die Ressourcenrealisierung skizziert.

2.3.1.1 Personmerkmale

In Kapitel 2.2.1.1 konnte gezeigt werden, dass der Einfluss von Personmerkmalen auf den Psychotherapieerfolg insgesamt eher gering zu sein scheint. Zur Bedeutung von Personmerkmalen für Ressourcen gibt es bislang nur wenige empirische Untersuchungen. Im vorliegenden Kapitel wird ein Forschungsüberblick über Zusammenhänge zwischen Ressourcen und Personmerkmalen gegeben.

Die wenigen Befunde zur Bedeutung des **Alters** auf Ressourcen sind insgesamt inkonsistent. Für die selbst eingeschätzte aktuelle Ressourcenrealisierung scheint das Alter wie auch für den Therapieerfolg dargestellt (siehe Kap. 2.2.1.1) eher unbedeutend zu sein: Bei Tröskén (2002) konnte lediglich für das höhere Lebensalter eine geringfügig niedrigere Ressourcenrealisierung festgestellt werden. In der Studie von Heinz (2003) zeigten sich ebenfalls nur leichte altersspezifische Unterschiede: Probanden, die älter als 60 Jahre alt waren, verfügten über weniger Ressourcen als jüngere Probanden bezüglich ihrer Stressbewältigung und wahrgenommener sozialer Unterstützung. Für fremd eingeschätzte Ressourcen liegt ein Einzelbefund vor: Giger (2002) berichtet im Gegensatz zu den Ergebnissen zur Ressourcenrealisierung von deutlichen Unterschieden für Ressourcenpotentiale: In ihrer Untersuchung zeigte sich, dass älteren Menschen im Vergleich zu jüngeren in den meisten erfassten Ressourcenbereichen schwächer ausgeprägte Ressourcen zugeschrieben wurden. Sie konnte eine relativ kontinuierliche Abnahme der Ressourcenausprägungen im Lebenslauf bis ins hohe Erwachsenenalter feststellen, wobei die höchsten Einbußen im Altersbereich zwischen 36-50 Jahren lokalisiert wurden. Die stärksten Abnahmen fanden sich im Bereich der Selbstentfaltung. Mit zunehmendem Alter nahm auch die Ausprägung der eingeschätzten, zur Bewältigung alltäglicher Belastungen relevanten Ressourcen ab. Bei Personen über 65 Jahren wurde ein wiederum leichter Anstieg der fremd eingeschätzten Ressourcenausprägung beobachtet (Giger, 2002).

In Kapitel 2.2.1.1 wurde dargestellt, dass die Bedeutung des Geschlechts hinsichtlich der Effektivität von Psychotherapie eher zu vernachlässigen ist. Die bisherigen Befunde zur Rolle des **Geschlechts** der Patienten für Art und Ausmaß an subjektiv wahrgenommenen Ressourcen sind heterogen. Tröskén (2002) fand für eine nicht-klinische Stichprobe eine

höhere Ressourcenrealisierung bei Frauen insbesondere für die Realisierung von Unterstützung und von Copingressourcen (Stress- und Krisenbewältigung). Heinz (2003) berichtet von signifikanten Unterschieden in der Ressourcenrealisierung zwischen Männern und Frauen nur für die Stressbewältigung. Frauen verfügten demnach im Vergleich zu Männern über eine höhere Ressourcenrealisierung bei der Bewältigung von Alltagsstress. Ruf (2003) konnte hingegen bei alkoholabhängigen Patienten keinerlei Geschlechtsunterschiede in der Ressourcenrealisierung feststellen. Die Ergebnisse von Oesch (2002) zur Fremdeinschätzung von Patientenressourcen durch den Psychotherapeuten sprechen ebenfalls gegen das Vorliegen geschlechtsspezifischer Unterschiede. Andere Studien, die Ressourcen im weiteren Sinne untersuchten, zeigen bei Frauen deutlich geringere Ressourcen als bei Männern (Jack, 2001; Sack et al., 1997).

Die empirischen Studien, die das Berner Ressourceninventar von Tröskén (2002) einsetzten, konnten keinerlei **bildungsspezifische Unterschiede** für Art und Ausmaß von Ressourcenrealisierung noch für Ressourcenpotentiale bei Patienten feststellen (Tröskén, 2002; Heinz, 2003; Oesch, 2002; Giger, 2002; Ruf, 2003), was sich mit den in Kapitel 2.2.1.1 berichteten Ergebnissen deckt, dass in Psychotherapiestudien der Bildungsstand generell einen eher geringen Einfluss auf Therapieerfolg zu haben scheint. Zu nennen sei ergänzend eine Studie von Borgers und Steinkamp (1994) zur Bedeutung des sozialen Status, die zeigen konnte, dass Angehörige der sozialen Unterschicht über weniger Ressourcen verfügen als Angehörige der höheren Schichten.

Auch wenn für die Bedeutung einer Partnerschaft auf den Therapieerfolg heterogene Ergebnisse vorliegen (siehe Kap. 2.2.1.1), lässt sich aus Befunden zum Einfluss von sozialen Ressourcen auf eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen ableiten, dass das soziale Umfeld bzw. das **Vorhandensein einer Partnerschaft** an sich eine entscheidende Umwelt- bzw. objektive Ressource für die Bewältigung von Krankheit darstellt (Klemenz, 2003a; Leppin & Schwarzer, 1997; Cierpka, 1997; Kepplinger, 1998; Scheib 2000; Riehl, 1986). Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen dem Zivilstand und Gesundheit zeigen, dass verheiratete Personen i.d.R. eine bessere Gesundheit aufweisen (weniger Nikotin- und Alkoholkonsum, weniger Gewichtsprobleme, größeres Gesundheitsbewusstsein und besseres Gesundheitsverhalten, niedrigere Krankheitsraten, frühere Erkennung von Krankheitszeichen, höhere Lebenserwartung, geringeres Mortalitäts- und Suizidrisiko, geringere Unfallgefährdung etc.) als allein lebende Personen (z.B. Bloom, White & Asher, 1978; Gove, Style & Hughes, 1990; Hu & Goldmann, 1990; Sperry & Carlson, 1992; Tchengu-Laroche & Prince, 1983; Verbrugge, 1979). Das Vorliegen einer Partnerschaft scheint auch

eine wichtige Einflussgröße für die Ressourcenrealisierung zu sein. Erste Hinweise liefern die Ergebnisse von Heinz (2003), die signifikante Effekte bezüglich des Beziehungsstatus zeigen konnte. Probanden, die zum Zeitpunkt der Befragung in einer Beziehung lebten, realisierten im Bereich Bindung deutlich mehr Ressourcen als Probanden, die nicht in einer Beziehung lebten.

Die Befunde zum Einfluss der beruflichen Situation auf den Therapieerfolg sind aufgrund der Vielzahl unterschiedlich erhobener Variablen uneindeutig, wobei tendenziell negative Aspekte der Arbeitssituation mit niedrigerem Therapieerfolg verbunden sind (siehe Kap. 2.2.1.1). Der direkte Zusammenhang zwischen **beruflicher Situation** und Ressourcen ist bislang wenig erforscht (vgl. auch Mohr, 1990). Aus bisherigen Studien lässt sich ableiten, dass Menschen, die erwerbslos werden, eine ganze Reihe von Einbußen in ihren Ressourcen erleben, beispielsweise in den zwischenmenschlichen Beziehungen (Frese & Mohr, 1978), in ihrem Wohlbefinden (Banks & Jackson, 1982; Berth, Förster, Petrowski, Stöbel-Richter, & Balck, 2006; Moser et al., 2001) und Selbstbewusstsein (Tiffany, Cowan & Tiffany, 1970). In der Studie „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel, 1975; Original 1933) wurden die Folgen von Massenarbeitslosigkeit im Hinblick auf die psychosoziale Gesundheit der Betroffenen untersucht. Es wurde eine Reduktion des Anspruchs- und Tätigkeitsniveaus, Lustlosigkeit und Depression festgestellt. Eine erhöhte Depressivität bzw. psychische Beeinträchtigungen allgemein bei arbeitslosen Probanden werden auch in neueren Studien bestätigt (vgl. Berth & Brähler, 2005; Berth et al., 2006 bzw. Mohr, 1997). Kieselbach (1992) konnte zeigen, dass Personen mit einer „resignativen Anpassung“ an die Erwerbslosigkeit psychosoziale Einbußen erlebten im Gegensatz zu Personen mit einer konstruktiven Anpassung, die den Verlust der Arbeit mit anderen Tätigkeiten oder sozialen Kontakten kompensieren und damit alternative Ressourcen zur Arbeit aktivieren konnten. Dass Arbeitslosigkeit allgemein mit erheblichen Einschränkungen der psychischen Gesundheit einhergeht, ergeben auch aktuelle Forschungsbefunde (Überblick siehe Holleederer & Brand, 2006). Beutel et al. (1999) untersuchten arbeitslose Patienten bei Aufnahme einer stationären psychotherapeutischen Behandlung und fanden eine erhöhte psychische Belastung und eine geringere Lebenszufriedenheit im Vergleich zu erwerbstätigen Patienten. Arbeitslosigkeit kann demnach als Risikofaktor i.S. eines Stressors mit einhergehendem deutlichen Ressourcenverlust und das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes eher als protektiver Faktor oder Ressource verstanden werden (Schuler, 1995). Grawe (2004) weist auf den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einer hohen Inkongruenz hin. Bei Giger (2002) zeigte sich erwartungsgemäß ein signifikanter Zusammenhang zwischen Erwerbsfähigkeit und Ressourcen aus der Perspektive von Dritten: Sie fand eine höhere Ressourceneinschätzung durch Angehörige bei erwerbstätigen

Personen im Vergleich zu den Nicht-Erwerbstätigen in den meisten untersuchten Lebensbereichen. Besonders deutlich zeigte sich der Unterschied in den Ressourcenbereichen, die mit Autonomie und Handlungskompetenz einhergehen. Ruf (2003), die bislang als einzige die Ressourcenrealisierung im Zusammenhang mit **Arbeitslosigkeit** untersuchte, konnte jedoch keine signifikanten Unterschiede in der Ressourcenrealisierung in Abhängigkeit von der beruflichen Situation bei Suchtpatienten nachweisen, was auf das allgemein große Defizit von Arbeitsplätzen in Ostdeutschland rückgeführt wurde.

Dass Personmerkmale Einfluss auf das Ausmaß der Ressourcenrealisierung haben, legen zusammenfassend Ergebnisse der Untersuchung von Heinz (2003) aus der Forschungsgruppe von Grawe nahe. Sie konnte mit Hilfe der Bildung eines „**soziodemographischen Ressourcen-/Gesundheitsmaßes**“ aus der Summe einzelner soziodemographischen Variablen (Erwerbstätigkeitsstatus, Vorliegen einer Beziehung, Anzahl von Arztbesuchen, Vorliegen/Dauer von Krankenhausaufenthalten, Vorliegen einer chronischen Krankheit, Ausmaß von emotionaler Verbundenheit mit der Religion) zeigen, dass Probanden mit hohen Werten im soziodemographischen Ressourcen-/Gesundheitsmaß in vielen Bereichen (Wohlbefinden, soziale Unterstützung, nahe Beziehungen, Stressbewältigung, Krisenbewältigung, aber auch positives Selbstkonzept) deutlich mehr Ressourcen realisierten als Probanden mit niedrigen Werten.

2.3.1.2 Erkrankungsmerkmale

Als relevante Einflussgrößen gelten in der Psychotherapieforschung Erkrankungsmerkmale. In Kapitel 2.2.1.2 konnte gezeigt werden, dass Erkrankungsmerkmale im Großen und Ganzen trotz heterogener Befundlage einen negativen Zusammenhang zu Therapieerfolg aufweisen.

Die Bedeutung einzelner Diagnosegruppen für den Therapieerfolg ist hingegen uneindeutig (siehe Kap. 2.2.1.2). Jedoch zeichnet sich trotz inkonsistenter Ergebnisse ab, dass verschiedene **Diagnosegruppen** durch unterschiedliche Ressourcenmuster ausgezeichnet sind. Oesch (2002) fand Unterschiede in der von Therapeuten eingeschätzten Ressourcenausprägung zwischen Patienten mit affektiven Störungen, Angststörungen und Abhängigkeitsstörungen als Erstdiagnose im Vergleich zu anderen Störungsbildern. Insgesamt werden suchtkranken Patienten am wenigsten Ressourcen zugeschrieben. Angstpatienten als auch Patienten mit affektiven Störungen verfügen über deutlich mehr Ressourcen im Vergleich zu Suchtkranken. Ihnen werden auch tendenziell mehr Ressourcen

zugeschrieben als Patienten mit anderen Störungsbildern. Patienten mit einer Angstdiagnose wiesen insgesamt die höchsten Ressourcen auf. Den drei o.g. untersuchten Diagnosegruppen gemeinsam ist, dass sie im Selbstwerterleben die höchsten Defizite aufweisen. Mangels empirischer Studien sind keine differenzierteren Aussagen über die Rolle von Diagnosen in Bezug auf die Ressourcenrealisierung ableitbar. Ruf (2003) spricht zwar bei Alkoholpatienten zu Beginn einer Alkoholentwöhnungsbehandlung insgesamt von einem mittleren Ausmaß an Ressourcenrealisierung. Ein direkter Vergleich mit anderen Diagnosegruppen oder Stichproben fehlt jedoch. Für eine Ressourcenselbsteinschätzung von Patienten konnten Unterschiede in Abhängigkeit der psychischen Diagnose des weiteren von Jack (2001) für eine psychosomatische Stichprobe gezeigt werden: auch in ihrer Untersuchung verfügten Patienten mit affektiven Störungen über eine signifikant niedrigere Ressourcenausprägung (erhoben mittels ihres entwickelten Fragebogens, vgl. Kap. 2.1.3) als Patienten mit neurotischen Störungsbildern. Sack et al. (1997) fand die höchsten Ressourcenausprägungen bezogen auf das Kohärenzgefühl bei Angstpatienten sowie bei Patienten mit Anorexie. Der Einfluss der **Anzahl der Diagnosen** auf Ressourcen scheint nach Oesch (2002) zu vernachlässigen sein: Sie konnte nur geringe Effekte durch eine Mehrbelastung bei komorbiden Diagnosen auf die Ressourcenzuschreibung durch Dritte finden, obwohl bei komorbiden Störungen von einem höheren Schweregrad von Beeinträchtigungen ausgegangen werden kann (Wittchen & Vossen, 1995), der sich auf die Ressourcenausprägung nach der Konsistenztheorie (Grawe, 1998) deutlich auswirken und mit einer schlechteren Befriedigung der Grundbedürfnisse einhergehen sollte (Grawe, 2004). Welche Rolle das Vorhandensein einer **Persönlichkeitsstörung** für die Ressourcenausprägung spielt, ist bislang empirisch nicht untersucht worden. Erste Hinweise liefert Sack et al. (1997), der für das Kohärenzgefühl die niedrigsten Ausprägungen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen fand. Wie bereits unter 2.2.1.2 wird auch an dieser Stelle auf die kritische Anmerkung bezüglich einer Unterteilung von Patienten nach DSM-IV-Diagnosen von Clarkin und Levy (2004) verwiesen. Es besteht ein dringender Forschungsbedarf, um Aufschluss über die Bedeutung der Ressourcenrealisierung für unterschiedliche Diagnosegruppen zu gewinnen.

Zur **Erkrankungsdauer, Inanspruchnahme vorheriger Behandlungen** oder auch **Anzahl vorheriger Suizidversuche**, die trotz teilweise widersprüchlicher Befunde (vgl. Kap. 2.2.1.2) als eine bedeutsame Einflussgröße für den Therapieprozess diskutiert werden, liegen bislang keine empirischen Befunde zu Ressourcen nach dem konsistenztheoretischen Verständnis vor. Erste Hinweise zu einem potentiellen Einfluss auf die Ressourcenrealisierung liefert Heinz (2003), die einen bedeutsamen negativen Zusammenhang des in ihrem bereits unter Punkt 2.3.1.1 dargestellten

soziodemographischen Gesundheitsmaßes und der Ressourcenrealisierung zeigen konnte, welches auch die Berücksichtigung vorherige Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte beinhaltet.

Wie sich allgemein vorherige **Krankheit** auf die Ressourcenrealisierung auswirkt, ist bislang nicht explizit untersucht worden. Aussagen über den Zusammenhang zwischen Krankheit und Ressourcen sind in der Coping-Forschung zu finden. Anlehnend an das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984, 1987) wird Krankheit aus bewältigungsorientierter Sicht als stressreiches Lebensereignis verstanden, welches sowohl Ressourcen als auch das soziale Umfeld beansprucht. Ressourcendefizite wiederum erschweren einen adaptiven Umgang mit Belastungen (z.B. Jerusalem, 1990; siehe auch Kapitel 2.1). Es zeigte sich in den Studien zu Ressourcenpotentialen aus der Sicht Dritter von Oesch (2002) und Giger (2002) allgemein, dass Personen ohne psychische Störungen deutlich mehr Ressourcen von Dritten zugeschrieben bekommen als psychisch kranke Personen. Giger (2002) fand bei „gesunden“ Personen im Vergleich zu psychisch belasteten als auch körperlich kranken Menschen insbesondere mehr Ressourcen im Bereich Selbstwerterleben. Psychisch kranke Patienten -noch stärker als Personen mit somatischen Erkrankungen- verfügten zudem über eine deutlich schlechtere soziale Einbindung als auch eine verminderte Fähigkeit im adäquaten Umgang mit eigenen Bedürfnissen (Giger, 2002, Oesch, 2002). Berücksichtigt man Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen **seelischer Gesundheit** und Ressourcen, zeigt sich, dass seelisch Gesunde – mit Ausnahme der „Bewältigung früherer Krisen“ - generell mehr Ressourcen realisieren (Heinz, 2003; Tröskén, 2002) bzw. mehr Ressourcen von Angehörigen zugeschrieben werden (Giger, 2002) als seelisch weniger gesunde Personen. Bezüglich des Zusammenhangs zur Ressourcenrealisierung konnte Heinz (2003) die Realisierung von nahen Beziehungen, ein positives Selbstkonzept als auch eine hohe Sinnfindung als besonders bedeutsame Ressourcen zur Erhaltung seelischer Gesundheit identifizieren. Welchen Einfluss eine vorherige Krankschreibung bzw. **Arbeitsunfähigkeit** auf die Ressourcenrealisierung zu Behandlungsbeginn einer psychotherapeutischen Behandlung hat, ist bislang nicht untersucht worden.

2.3.1.3 Merkmale psychischer Belastung

Im Folgenden werden Untersuchungen vorgestellt, die psychische Belastungen in Bezug zu Ressourcen gesetzt haben.

Die Bedeutung der **psychischen Belastung** für den Therapieprozess bzw. den Behandlungserfolg gilt trotz der Heterogenität der Befunde als gesichert (siehe ausführlich Kap. 2.2.1.3). Der psychischen Belastung scheint auch eine entscheidende Rolle für Art und Ausmaß an Patientenressourcen zuzukommen, wobei die Meinungen auseinander gehen, in welchem Verhältnis Ressourcen und Belastungen genau zueinander stehen (siehe auch Kap. 2.1). Grawe (2004) berichtet, dass eine erfolgreiche Symptomreduktion mit einer Verringerung von Inkongruenz einhergeht, was wiederum zu einer besseren Nutzung von Ressourcen führt. Er spricht dabei von einem wechselseitigen funktionalen Zusammenhang, weist aber auch darauf hin, dass die Frage, ob dabei eher die Belastung die Ressourcen beeinflusst oder umgekehrt, bislang nicht hinreichend geklärt ist. Tröskén und Grawe (2004) konnten zeigen, dass Ressourcen sowohl in der Fremd- als auch in der Selbsteinschätzung stärker mit Wohlbefinden als mit psychopathologischer Belastung zusammenhängen, was nach ihrer Sicht eher für zwei unterschiedliche Dimensionen psychosozialer Belastung und Ressourcen spricht.

Empirische Studien, die den Zusammenhang zwischen Ressourcen und psychischer Belastung untersucht haben, zeigen einen deutlichen negativen Zusammenhang für klinische Stichproben. Dass **depressive** Patienten über eingeschränkte (Coping-) Ressourcen verfügen, berichten Bodenmann, Cina & Schwerzmann (2001). Neuenschwander (2001) sowie Holahan und Moos (1986) konnte zudem zeigen, dass personalen Ressourcen bei der Vorhersage psychischer Symptomatik bzw. bei der Vorhersage von Depressivität eine zentrale Bedeutung zukommt. Für die Ressourcenrealisierung konnte gezeigt werden, dass ein hohes Ausmaß an Ressourcenrealisierung mit einer geringeren Ausprägung an aktueller **psychopathologischer Belastung** (erhoben mittels BSI, Franke, 2000) einhergeht (Tröskén, 2002; Tröskén & Grawe, 2004), was die konsistenztheoretische Annahme bestätigt, dass fehlende oder nicht genutzte Ressourcen als wesentliche Quellen für ein hohes Inkongruenzerleben verantwortlich sind und mit einer höheren Symptombelastung und schlechterem Befinden einhergehen (siehe Grosse Holforth & Grawe, 2004; siehe auch Kap. 2.1). Die stärksten Zusammenhänge wurden für die Realisierung von Wohlbefinden, Selbstwerterleben, Stressbewältigung sowie Sinnfindung gefunden. Kein bedeutsamer Zusammenhang liegt übereinstimmend für den Ressourcenbereich Krisenbewältigung vor (Tröskén, 2002; Tröskén & Grawe, 2004). Dieser vorgefundene negative Zusammenhang zwischen psychopathologischer Belastung und Ressourcen zeigt sich auch in Studien, die Ressourcen im weiteren Sinne erfassen: Jack (2001) fand eine geringere psychopathologische Belastung bei Patienten mit einer aktuell hohen Ressourcenausprägung bei Anwendung ihres Ressourcenfragebogens (siehe Kap. 2.1.3). Auch die Ergebnisse von Schiepek und Cremers (2003) zur Validierung ihrer

Ressourcendiagnostik (siehe Kap. 2.1.3) bestätigen einen negativen Zusammenhang zwischen Problem- und Beschwerdemaßen und Ressourcen.

2.3.2 Ressourcen und Behandlungsmerkmale

In Kapitel 2.2.2 wurde bereits dargestellt, dass die Befunde zum Zusammenhang zu Behandlungsmerkmalen und Therapieerfolg sehr heterogen sind und weiterer Forschung bedürfen. Als wesentlich für eine erfolgreiche Psychotherapie hat sich bislang eine gute Passung zwischen Möglichkeiten und Potentialen des Patienten und Merkmalen der Behandlung sowie eine gute therapeutische Beziehung herausgestellt. Durch die Berücksichtigung dieser individuellen Merkmale des Patienten bei der Gestaltung des therapeutischen Prozesses findet wie bereits in Kapitel 2.2.3 dargestellt eine gezielte Ressourcenaktivierung statt, die sich positiv auf die therapeutische Beziehung auswirkt (siehe auch Kapitel 2.1.2). Eine gute Therapiebeziehung wiederum kann als wichtige Ressource für den Patienten gesehen werden (Grawe, 1998), wobei insbesondere das Therapiebeziehungsverhalten des Patienten als relevant gilt (Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Oesch (2002) konnte in diesem Zusammenhang zeigen, dass Patienten, die eine positive therapeutische Beziehung erlebten, in allen Ressourcenausprägungen höhere Einschätzungen durch ihre Therapeuten erhielten.

Es wird ein Überblick über den Forschungsstand zum Zusammenhang von Ressourcen und Behandlungsmerkmalen gegeben. Dabei wird schwerpunktmäßig über spezifische Behandlungsmerkmale berichtet, die im Zentrum der vorliegenden Untersuchung stehen (siehe auch Kap. 2.2.2).

Bezüglich der Rolle von subjektiven Ressourcen von Patienten für die **Behandlungsdauer** liegt eine Studie von Schiepek und Cremers (2003) vor. Die Autoren stellten im Rahmen einer Pilotstudie zu ihrem Ressourceninterview (siehe Kap. 2.1.3) fest, dass alkoholabhängige stationäre Langzeitpatienten (16 Wochen) zu Beginn der Behandlung über deutlich weniger Ressourcen verfügen im Vergleich zu Kurzzeitpatienten (8 Wochen) und kommen zu dem Schluss, dass stärker beeinträchtigten Patienten offensichtlich zu einer längeren Therapiedauer geraten wird als weniger beeinträchtigten Patienten (siehe Kap. 2.2). Bei den Langzeitpatienten konnte während der Therapie ein signifikanter Zuwachs an Ressourcenverfügbarkeit beobachtet werden. Bei Kurzzeitpatienten wurde hingegen eine geringere Wahrnehmung von Ressourcen und Potentialen vorgefunden, wobei es sich einschränkend um eine nur sehr kleine Stichprobe handelt (Schiepek & Cremers, 2003).

Ein weiteres Behandlungsmerkmal aus empirischen Studien aus der Psychotherapieforschung stellt die Art der Beendigung der Therapie dar, der sog. **Entlassmodus**. Aufgrund der vielfältigen Motive und Rahmenbedingungen eines Therapieabbruchs (siehe Kap. 2.2.2) gestaltet es sich schwierig, Aussagen über Zusammenhänge zu Ressourcen zu machen, da bislang keine Untersuchungen zur Bedeutung von Ressourcen und der Art der Beendigung der Therapie vorliegen. Hier besteht noch dringender Forschungsbedarf.

Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zum Entlassungszeitpunkt gelten als relevante Erfolgskriterien für Rehabilitationsbehandlungen (siehe Kap. 2.2.2). Die Bedeutung der Ressourcenrealisierung für die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit wurde ebenfalls wie schon nicht für den Therapiebeginn (siehe Kap. 2.3.1) auch für das Therapieende noch nicht untersucht.

Bereits in Kapitel 2.2.3 wurde die Bedeutung von Ressourcen für den längerfristigen Therapieerfolg dargelegt. Im folgen wird explizit über Zusammenhänge zwischen Ressourcen und **kurzfristigen Therapieerfolgsmerkmalen** im Sinne von Prozessvariablen bzw. kurzfristigen Outcomevariablen, die zum Ende der Behandlung vorlagen, berichtet (siehe ausführlich Kap. 2.2.2 und 2.2.3).

Auch wenn es Hinweise für einen positiven Zusammenhang zwischen verfügbaren Patientenpotentialen aus der Sicht von Angehörigen bzw. Therapeuten zu Therapiebeginn und einer globalen Einschätzung des Therapieerfolgs durch den Therapeuten oder Patienten zum Ende der Therapie (Trösken, 2002; Oesch, 2002) gibt, kommt der Ressourcenrealisierung aber auch der Einschätzung von Ressourcen durch Dritte nach Trösken und Grawe (2004) die stärkste Bedeutung für die individuelle **Zielerreichung** eines Patienten zum Behandlungsende zu: Insbesondere scheint die subjektive Einschätzung von guten Stress- und Krisenbewältigungsstrategien zu Beginn einer Therapie bedeutsam für eine bessere Zielerreichung zu sein. Weniger deutlich sind auch Zusammenhänge zur **Reduktion psychischer Belastung**. Für die Ressourcenrealisierung fanden Trösken und Grawe (2004) nur für einen Ressourcenbereich bedeutsame Ergebnisse: Patienten, die zu Beginn der Behandlung eine hohe Sinnfindung realisieren, zeigen auch im Behandlungsverlauf einen stärkeren Rückgang an psychopathologischer Belastung (erhoben mittels BSI, Franke, 2000). Des weiteren zeigt sich für die Einschätzung von Ressourcen durch Therapeuten, dass Patienten, die von ihren Therapeuten höhere Ressourceneinschätzungen erhielten und als emotional offener sowie motivierter zur Selbstreflektion und Veränderung beschrieben wurden, auch über eine deutlichere

Verbesserung ihres Befindens berichten (Trösken, 2002). Für die Einschätzung von Ressourcen aus der Sicht von nahen Bezugspersonen konnte hingegen kein Zusammenhang zur Verbesserung der Symptombelastung (erhoben mittels BSI, Franke, 2000) gefunden werden (Trösken & Grawe, 2004). Auch Sack et al. (1997) untersuchte die Bedeutung von Ressourcen im weiteren Sinne im Hinblick auf Therapieerfolg und fand einen Zusammenhang zwischen dem Anstieg des Kohärenzgefühls und einer Abnahme an psychischen Beschwerden (SCL 90-R, Franke 1995) im Therapieverlauf.

2.3.3 Relevanz für die vorliegende empirische Arbeit

Während für den Forschungsbereich, der sich mit der Rolle von Patienten- und Behandlungsmerkmalen bzw. ausgewählten Ressourcen für die Vorhersage von Therapieerfolg beschäftigt, umfassende Literatur zu empirischen Studien vorliegt, existiert vergleichsweise nur wenig Wissen darüber, welche Eingangsmerkmale eines Patienten mit Art und Ausmaß seiner Ressourcenrealisierung zusammenhängen.

Studien, die die explizite Untersuchung von Zusammenhängen zur Ressourcenrealisierung im Blick haben, liegen nur vereinzelt vor. Tabelle 2.3.31 gibt einen Überblick über Studien, die den Zusammenhang zwischen der Ressourcenrealisierung und diversen Patienten- bzw. Behandlungsmerkmalen im Fokus haben.

Tabelle 2.3.3.1 Überblick über Studien zur Ressourcenrealisierung

| Studie | Stichprobe | Patienten/-Behandlungsmerkmale |
|------------------------|---|---|
| Trösken (2002) | Nicht-klinische Stichprobe, Studenten, N = 282 | - Alter - Geschlecht |
| | Klinische Stichprobe, ambulante Patienten, N = 143 | - Psychopathologische Belastung (BSI, Franke, 2000) |
| Trösken & Grawe (2004) | Klinische Stichprobe, ambulante Patienten, N = 212 | - Psychopathologische Belastung (BSI, Franke, 2000) - Veränderung psychopathologischer Belastung (BSI, Franke, 2000) |
| Ruf (2003) | Klinische Stichprobe, Suchtpatienten einer stationären AEB, N = 208 | - Geschlecht - Arbeitssituation |
| Heinz (2003) | Nicht-klinische Stichprobe, N = 99 | - Geschlecht - Alter - Partnerschaft - Bildung - soziodemographisches Gesundheits-/Ressourcenmaß |

Die vorliegende Arbeit greift diesen Mangel an Forschungsbefunden auf mit dem Ziel, einen Beitrag zur Erklärung von Zusammenhängen zwischen der Ressourcenrealisierung und ausgewählten Patienten- und Behandlungsmerkmalen zu leisten. Die Identifizierung solcher Einflussgrößen könnte dazu beitragen, die Qualität und Effektivität ressourcenorientierter Psychotherapie zu verbessern.

Bezüglich der Auswahl der diversen Einflussgrößen wird neben Befunden aus der Psychotherapie-Outcome-Forschung (siehe Kap. 2.2) auf die wenigen relevanten empirischen Studien aus der Ressourcenforschung (siehe Kap. 2.3.1 und Kap. 2.3.2) zurückgegriffen. Des weiteren flossen bei der Entscheidung auch wie bereits erwähnt praktische Gesichtspunkte ein, indem sich die Variablenauswahl auch an der standardmäßig durchgeführten Basisdokumentation der untersuchten Klinik orientierte.

Bei der zusammenfassenden Betrachtung der empirischen Ergebnisse wird deutlich, dass vor allem die **Personmerkmale** im Zusammenhang mit Ressourcen bislang am besten untersucht wurden. Ein Einfluss von Personmerkmalen auf Ressourcen, aber auch auf die Ressourcenrealisierung kann trotz der heterogenen Befundlage als gesichert gelten, was insbesondere durch die Zusammenhänge zwischen dem von Heinz (2003) entwickelten Gesundheitsmaß und der Ressourcenrealisierung unterstrichen wird. Als besonders bedeutsam für die Ressourcenrealisierung von Patienten erwiesen sich im Rahmen von Personmerkmalen das Vorliegen einer Partnerschaft und für fremd eingeschätzte Ressourcen auch die Erwerbstätigkeit. Die Befunde zum Einfluss des Geschlechts auf die Ressourcenrealisierung sind uneinheitlich und lassen keine allgemeinen Schlussfolgerungen zu. Eine untergeordnete Rolle scheinen das Alter und der Bildungsstand für die subjektiv wahrgenommenen Ressourcen von Patienten zu spielen (siehe Kap. 2.3.1.1).

Bezüglich des Einflusses von **Erkrankungsmerkmalen** auf die Ressourcenrealisierung liegen weit weniger Befunde vor. Deutlich zeigte sich der Einfluss der Art der Störung auf die Ressourcenausprägung. Insbesondere bei Abhängigkeitskranken scheinen Ressourcendefizite von Angehörigen als ausgesprochen hoch eingeschätzt zu werden. Welchen Einfluss psychische Diagnosen auf die aktuelle Ressourcenrealisierung von Patienten haben, wurde bislang nicht untersucht, was jedoch in der vorliegenden Studie insbesondere durch den Vergleich der psychosomatischen Patientengruppe mit einer Suchtstichprobe aufgegriffen wird. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Ressourcenrealisierung des Patienten und Merkmalen, die den Schweregrad der Störung beschreiben, können aufgrund fehlender Studien keine empirisch abgesicherten Aussagen gemacht werden. Es ist jedoch anzunehmen, dass schwerer gestörte Menschen über

weniger Ressourcen verfügen als weniger schwer gestörte Menschen (siehe Kap. 2.3.1.2). In diesem Zusammenhang konnte gezeigt werden, dass Menschen mit psychischen Störungen über weniger Ressourcen verfügen als Personen ohne psychische Störungen.

Ein Zusammenhang zwischen **psychischer Belastung** und Ressourcen wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Ein negativer Einfluss der psychischen Belastung auf Therapieerfolg gilt als gesichert (siehe Kap. 2.2.1.3 und 2.2.2). Von besonderem Interesse für die vorliegende Arbeit ist deshalb, diesem üblicherweise untersuchten defizitorientierten Fokus eine ressourcenorientierten Sichtweise gegenüberzustellen, da in der vorliegenden Arbeit der Ressourcenrealisierung ein zentraler Stellenwert im Psychotherapieprozess zugeschrieben wird. Trotz der unzureichenden Befundlage konnte einheitlich ein negativer Zusammenhang zwischen der Höhe der psychopathologischen Belastung und der aktuellen Ressourcenrealisierung von Patienten gezeigt werden. Bislang nicht hinreichend geklärt ist, ob die Ressourcenrealisierung eher die psychische Belastung beeinflusst oder umgekehrt.

Zur Rolle der Ressourcenrealisierung für **Behandlungsmerkmale** gibt es noch weniger Literatur. Es liegen meist nur Einzelbefunde vor, was bei der Ergebnisinterpretation berücksichtigt werden muss. Ressourcen konnten in negativen Zusammenhang mit der Behandlungsdauer gebracht werden. Es liegt jedoch keine Studie zur Ressourcenrealisierung vor. Auch bezüglich der Rolle der Ressourcenrealisierung auf den Entlassmodus bzw. auf die Art der Entlassung liegen keine Studien vor. Dieser Mangel an Befunden wird in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen, da gerade diesen beiden Behandlungskriterien aus gesellschaftspolitischen und Kostengründen ein hoher Stellenwert zukommt (siehe Kap. 2.3.2). Ansonsten können nur Aussagen zu Zusammenhängen zu kurzfristigen Therapieerfolgsmaßen gemacht werden, welche direkt zum Abschluss der Behandlung erhoben wurden. Eine höhere Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn scheint eher mit einer höheren Zielerreichung bei Therapieende zusammenzuhängen als mit einer Reduktion an psychopathologischer Belastung, wobei auch für diese ein schwächerer negativer Zusammenhang gefunden werden konnte. Geklärt werden muss in diesem Zusammenhang, inwieweit diese Ergebnisse divergieren in Abhängigkeit davon, ob der Fokus auf die klinisch bzw. statistisch relevante Veränderung der psychischen Belastung gelegt wird, was in der vorliegenden Arbeit explizit berücksichtigt werden soll.

Jack (2001) oder auch Weithmann et al. (2000) sprechen zwar von eher geringen demographischen und störungsbildspezifischen Einflüssen auf Ressourcen, dennoch scheint aufgrund des Mangels an systematischen Untersuchungen eine Analyse dieser Zusammenhänge lohnend. Die oben skizzierten Studien geben insgesamt Hinweise, dass

Patientenmerkmale Ressourcen beeinflussen können und Ressourcen wiederum auch eine wichtige Rolle für Behandlungsmerkmale, insbesondere dabei den kurzfristigen Erfolgsmerkmalen zukommt. Die Bedeutung der Ressourcenrealisierung in diesem Zusammenhang ist dabei noch nahezu ungeklärt und bedarf weiterer Forschung, was in der vorliegenden Studie durch die umfangreiche Erfassung von Patienten- und Behandlungsmerkmalen neben der Ressourcenrealisierung aufgenommen wird.

2.4 Ressourcen und Psychosomatik

Bislang wurden Ressourcen allgemein in Hinblick auf Patienten- und Behandlungsmerkmale betrachtet bzw. in Zusammenhang mit Therapieerfolg gebracht. Es wird im Folgenden erörtert, welche Bedeutung Ressourcen für psychosomatische Erkrankungen bzw. die Behandlung dieser haben. Paar & Kriebel (1999) betonen den salutogenetischen Aspekt psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung und weisen auf die Einbeziehung von Patientenressourcen für die psychosomatische Behandlung hin:

„Das Salutogeneseprinzip ist von besonderer Bedeutung in der psychosomatischen Rehabilitation. Es beachtet bestehende Ressourcen, betont die Einsicht des Patienten in seine Konflikte und Problemfelder, sowie die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme und Veränderung seiner Lebensweise“ (S. 296).

Forschungsergebnisse zu dieser Thematik sind jedoch spärlich: Bislang existieren nur wenige Studien zu Ressourcen bei Psychosomatik-Patienten. Vielmehr galt das Forschungsinteresse bislang überwiegend defizitorientierten Erfolgskriterien bzgl. des Therapieerfolgs von stationären psychosomatischen Behandlungen (vgl. auch Kap. 2.2).

Zunächst wird der Begriff „Psychosomatik“ erläutert und die in Deutschland einzigartige psychosomatische Rehabilitationsbehandlung und Befunde zu ihrer Effektivität vorgestellt. Im Anschluss werden Forschungsergebnisse zur Rolle der Ressourcenrealisierung bei Psychosomatikpatienten skizziert.

2.4.1 Psychosomatische Rehabilitation

Da der häufig verwendete Begriff „*Psychosomatik*“ sehr unpräzise ist, soll zunächst eine Eingrenzung und Definition dieses Begriffes erfolgen. Im alltäglichen Sprachgebrauch wird der Begriff „Psychosomatik“ verwendet, um das Mitwirken der Psyche bei körperlichen Symptomen oder umgekehrt zu verdeutlichen. Im medizinischen Bereich wird die

Psychosomatik als spezielles Fachgebiet aber auch als Forschungsrichtung verstanden, die sich mit bestimmten Störungen befasst, die als psychosomatisch bezeichnet werden. **Psychosomatische Störungen**, die noch im ICD 9 (WHO, 1978; dt.: Degkwitz et al, 1980) oder DSM II (American Psychiatric Association, 1968) als eigenständige Kategorie innerhalb der psychischen Störungen erfasst wurden, tauchen in den aktuellen Diagnosesystemen nur noch indirekt auf, da nach dem biopsychosozialen Krankheitsverständnis auch bei nicht-psychischen Erkrankungen psychische Faktoren eine Rolle spielen können (Uexküll 1990; Meermann & Vandereycken, 1996). Die „klassischen“ psychosomatischen Erkrankungen mit psychisch bedingten, aber nachweisbaren Organveränderungen oder Schädigungen (vgl. Wietersheim, Schiller, Rodewig & Jantschek, 1993; Köhler, 1995), wie z.B. Colitis ulcerosa, im Sinne einer engeren Definition von psychosomatischen Störungen, sind im DSM IV (American Psychiatric Association, 1994, Saß et al., 1996) oder der ICD 10 (WHO, 1991, dt: Dilling et al., 1993) unter medizinischen Krankheitsbildern subsumiert (Meermann & Vandereycken, 1996). Eine „psychosomatische Sichtweise“ findet sich innerhalb der psychischen Störungen nur in der Kategorie *„psychische Faktoren bei anderorts klassifizierten Erkrankungen“* im DSM IV oder im ICD 10 als *„psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Erkrankungen“* (F54) bezeichnet, welche im Sinne einer Zusatzdiagnose zur Bezeichnung psychischer Einflüsse bei körperlichen Erkrankungen verwendet wird. Eine Ausnahme bilden die so genannten funktionellen Störungen, bei denen im Sinne einer weiteren Definition von Psychosomatik kein bzw. kein ausreichend organischer Befund zur Erklärung der körperlichen Symptomatik vorliegt, wie z.B. Tachykardie. Diese Störungsbilder werden in der ICD 10 in der den psychosomatischen Störungen noch ähnlichsten Kategorie der somatoformen Störungen (Kapitel V, F45) in der Unterkategorie *„somatoforme autonome Funktionsstörungen“* (F 45.3) innerhalb der psychischen Störungen erfasst. Zur Vereinfachung und zur besseren Abgrenzung schlagen einige Autoren (z.B. Davison & Neale, 1998 oder Birbaumer, 1977) anstelle des Begriffs *„Psychosomatik“* auch die Verwendung des Begriffs *„psychophysiologische Störungen“* für Erkrankungen mit nachweisbarer körperlicher Schädigung vor.

Die **stationäre Psychosomatik** legt sich wiederum nicht auf eng umschriebene psychosomatische Krankheitsbilder fest, was die klare Abgrenzung von Indikationsbereichen teilweise schwierig gestaltet (Heuser & Rief, 1999). Neben der Behandlung der „klassischen“ psychosomatischen Erkrankungen wird ein breites Spektrum psychischer Erkrankungen behandelt, zu dem affektive, neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen, aber auch Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder auch Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren gezählt werden. Nach einer von Spyra, Bents, Hansmeier, Irlner und Müller-Fahrnow (2001) vorgestellten Übersicht über psychische

Erkrankungen (klassifiziert noch nach ICD 9, Stand 1999) machen Neurosen (ICD 9, 300) und psychogene Reaktionen (ICD 9, 308/309) den größten Anteil (insgesamt ca. 65%) der in Deutschland behandelten psychischen Störungen in der psychosomatischen Rehabilitation aus. Psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne als anderweitig klassifizierte Erkrankungen (ICD 9, 316) sowie funktionelle Störungen psychischen Ursprungs (ICD 9, 306) nehmen hingegen nur 18% des Gesamtanteils der behandelten Störungen ein. Eine gesonderte Rolle kommt hier dem Missbrauch oder der Abhängigkeit psychotroper Substanzen zu, welche je nach Indikationsstellung der behandelnden Kliniken, gerade aufgrund der hohen Komorbidität mit weiteren psychischen Störungen (Lindenmeyer, 1999; Heuser & Rief, 1999) mit behandelt werden, wo hingegen die Behandlung von primären Suchterkrankungen üblicherweise bei psychosomatischen Rehabilitationsbehandlungen ausgeschlossen wird, da für diese in Abgrenzung zur psychosomatischen Rehabilitation so genannte Entwöhnungsbehandlungen vorgesehen sind (vgl. Kap. 2.4 in Dissertation von Deppe-Schmitz, 2007). Die Übergänge zwischen Psychosomatik und Psychiatrie sind fließend, wobei der Schweregrad der Störung für die Einweisung in die Psychiatrie üblicherweise um einiges höher ist.

Psychosomatische Rehabilitation ist in der in Deutschland existierenden Form einzigartig. Der überwiegende Teil der stationären psychosomatischen Behandlung, nach Koch & Schulz (1999) ca. 2/3 der psychosomatischen Betten, ist im Rehabilitationsbereich anzusiedeln. Gleichzeitig stellt die psychosomatische Rehabilitation den zweit größten Indikationsbereich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation dar (vgl. Nübling, 2006). Die Kosten von psychosomatischen Rehabilitationsbehandlungen werden üblicherweise von den Rentenversicherungsträgern übernommen mit dem Fokus, eine Besserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu sichern nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ (Meermann & Vandereycken, 1996; Heuser & Rief, 1999). Daraus ableitend ergeben sich als spezifische Zielsetzungen für die psychosomatische Rehabilitation die Wiederherstellung der Leistungs-, Funktions- und Beziehungsfähigkeit im Alltag und im Berufsleben (Paar & Kriebel, 1999). Patienten sollen im therapeutischen Prozess dahingehend unterstützt werden, ihr Leben nach der Therapie möglichst ohne ständige psychotherapeutische sowie mit weniger medizinischer Hilfe meistern zu können und an psychischer und physischer Lebensqualität zurück zu gewinnen. Behandlungskonzepte psychosomatischer Kliniken haben ihren Ursprung in der psychoanalytischen Tradition, variieren heutzutage aber vielfältig. Mittlerweile existieren zahlreiche Kliniken mit einem verhaltensmedizinischen Schwerpunkt, welche als verhaltenstherapeutisches Pendant zur psychoanalytischen Psychosomatik eingeordnet werden können (Meermann & Vandereycken, 1996). Die Indikationsstellung für eine stationäre psychosomatische

Rehabilitationsbehandlung ist neben spezifischer Indikationen seitens der Leistungsträger (z.B. Rentenantrag, berufliche Rehabilitationsmaßnahme oder sozialmedizinische Beurteilung) abhängig vom Schweregrad der vorliegenden Störung und wird durch das Ausmaß an somatischen Problemen (z.B. Notwendigkeit der Kombination somatomedizinischer und psychotherapeutischer Maßnahmen) und sozialen Problemen und Belastungen, die die Herausnahme der Erkrankten aus dem sozialen Umfeld notwendig machen, mit bestimmt (vgl. Meermann & Vandereycken, 1996; Paar & Kriebel, 1999).

Die Erfassung des **Therapieerfolgs** ist - wie bereits in Kapitel 2.2 dargelegt - auch für die **Psychosomatische Rehabilitation** sehr uneinheitlich. Immer mehr durchgesetzt haben sich aufgrund der hohen Gefährdung der Arbeitsfähigkeit bei Patienten aus psychosomatischen Fachkliniken (vgl. Amberger et al., 2003) und damit einhergehend immer lauter werdender Forderungen der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger nach Kostenersparnissen als zentrales Kriterium die Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus (Fehlzeiten am Arbeitsplatz bzw. Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie Medikamenteneinnahme und weitere Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen nach Beendigung einer psychosomatischen Rehabilitation, vgl. auch Bassler & Meermann, 1994; Huber, Klug & von Rad, 2001) sowie die Behandlungsdauer. Die Durchführung von katamnestischen Untersuchungen der Patienten meist ein Jahr nach Behandlungsende ist mittlerweile üblich (Schiepek, 2000; Nübling, Puttendörfer, Schmidt & Wittmann, 1994). Es existiert bislang jedoch kein einheitlicher Standard zur Messung von Therapieerfolg. Minimal-Essentials für katamnestische Untersuchungen werden von Rüger und Senf (1994) vorgestellt. Broda et al. (1999) entwickelten in diesem Zusammenhang einen Standard-Katamnese-Fragebogen für die psychosomatische Rehabilitation.

Die **Wirksamkeit stationärer psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung** gilt insgesamt nach dem neusten Forschungsstand als gesichert (vgl. Überblick Nübling, 2006; Metanalyse von Steffanowski et al., 2007). Für verhaltensmedizinische Konzepte konnte der Nachweis für langfristige Effekte psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung erbracht werden (z.B. BKK-Studie von Zielke, 1993; Berus-Studie von Broda et al., 1996 sowie Rüddel, Jürgensen, Terporten & Mans, 2002; Sandweg et al., 1991; Schulz, Lotz-Rambaldi, Koch, Jürgensen & Rüddel, 1999). Auch die Effektivität schwerpunktmäßig tiefenpsychologisch orientierter Rehabilitationskliniken konnte belegt werden (z.B. Zaubergbergstudie von Schmidt, 1991 sowie Mestel, Rudolf, Held & Wittmann, 1996; Nübling, Schmidt & Wittmann, 1999 sowie Nosper, 1999). Alle Studien sind prospektive korrelativ-naturalistische Beobachtungs-Verlaufsstudien mit mehreren Messzeitpunkten und Datenquellen. In einer neueren Studie von Schmidt, Steffanowski, Nübling, Lichtenberg &

Wittmann (2003), die erstmals unterschiedliche Formen der Veränderungsmessung (direkt vs. indirekt) direkt miteinander verglichen haben, zeigten sich mittlere Effektstärken nach einem Jahr bei .45, wobei sich eine deutliche Überlegenheit bzgl. der Veränderung psychischer (ES ca. .80) im Vergleich zu kostenrelevanten oder körperlichen Parameter zeigte. Die von Steffanowski et al. (2007) durchgeführte Metastudie unter Einbeziehung aller seit 1980 durchgeführten Ergebnisstudien in der psychosomatischen Rehabilitation ergab insgesamt über alle Studien gemittelt einen mittleren Effekt bezogen auf das Therapieergebnis zum Behandlungsende (ES = .51). Die Effekte blieben im Großen und Ganzen auch nach einem Jahr stabil. Unter Verwendung klassischer Prä-Post-Messungen bezogen auf die Veränderung psychopathologischer Symptomatik fanden Paar und Kriebel (1998) in einer multizentrischen Studie in fünf psychosomatischen Rehabilitationskliniken überwiegend Effektstärken im mittleren Bereich (zwischen .36 und .93), wenn als Änderungsmaß die Somatisierungsskala der SCL 90-R (Franke, 1995) zugrunde gelegt wurde. Kritisch anzumerken ist, dass die Ergebnisse unterschiedlicher Kliniken nur mit großen Einschränkungen vergleichbar sind, da sich fast alle relevanten Parameter (Patienten- und Behandlungsmerkmale) unterscheiden sowie unterschiedliche Erfolgskriterien und Messinstrumente eingesetzt wurden (vgl. auch Kap. 2.2 sowie 2.3).

Die Effektivität psychosomatischer Rehabilitation spiegelt sich auch in kostenrelevanten Kriterien der **Arbeits- und Erwerbsfähigkeit** wider (siehe auch Kap. 2.2.2): Sog. Wiederherstellungsquoten (zu Therapiebeginn arbeitsunfähige Patienten, die arbeitsfähig entlassen werden) liegen zwischen 65-83% (vgl. Bürger, 1997; Broda et al., 1996, Nosper, 1999; Zielke, 1993; Schmidt, 1991). Katamnestische Untersuchungen zeigen, dass sich bis zu 80% der Patienten auch ein Jahr nach Entlassung in Arbeit befindet (vgl. Überblick bei Bürger, 1997; siehe z.B. auch Tammen, 1991; Broda et al., 1996). Auch konnte ein bedeutsamer Rückgang an Arbeitsunfähigkeitsfällen bzw. -tagen im Jahr nach dem Klinikaufenthalt durch stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlungen nachgewiesen werden (z.B. Zielke, 1993; Broda et al., 1996; Bürger, 1997; Nosper, 1999).

Die Auswertung von Studien zur Effektivität psychosomatischer Behandlungen kann mit den Worten Nospers (1999) folgendermaßen zusammengefasst werden:

„dass die stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung ein effektives und auch effizientes Versorgungssystem darstellt, welches insbesondere chronifizierten Patienten zu langzeitstabilen bedeutsamen Verbesserungen ihres gesundheitlichen Befindens und ihrer beruflichen und sozialer Reintegration verhelfen kann“ (Nosper, 1999, S. 5).

2.4.2 Ressourcenrealisierung und Therapieerfolg bei Psychosomatikpatienten

Die Bedeutung von Ressourcen für die Entwicklung aber auch Behandlung von psychosomatischen Störungen spielte bislang im Vergleich zu defizitorientierten Ansätzen eine untergeordnete Rolle, so dass Aussagen über **Zusammenhänge zwischen Ressourcen und psychosomatischen Erkrankungen** nur schwer ableitbar sind. In Kapitel 2.1.1 wurde bereits berichtet, dass nach Grawe (1998) von einem Zusammenhang zwischen Ressourcendefiziten, einem hohen Inkongruenzniveau und der Entwicklung und auch Aufrechterhaltung psychischer Störungen auszugehen ist. Einen Anhaltspunkt zur Bedeutung von Ressourcen speziell für die Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen liefert ein Modell von Vögele (1998), auch wenn es für psychophysiologische Störungen (zur Abgrenzung siehe oben) entwickelt wurde, welches das aus der Stressforschung hervorgegangene Diathese-Stress-Modell (Seligman & Rosenhan, 1997) zur Erklärung der Entstehung psychischer Störungen heranzieht. Diesem Modell zu Folge entwickeln sich (organische) Symptome, wenn eine (organische) Vulnerabilität gegeben ist (vgl. auch individuelle Reaktionsspezifität) und die Person psychophysische Belastung erlebt, welche in neueren Darstellungen um emotionale und kognitive Aspekte ergänzt und auf psychische Erkrankungen übertragen wurden (vgl. Vögele, 1998; Davison & Neale, 1998). Die psychobiologische Stressreaktion wiederum wird nach diesem Modell beeinflusst von den erlebten Anforderungen und den zur Verfügung stehenden psychosozialen Ressourcen, zu denen Persönlichkeitsfaktoren, Kontrollüberzeugung, frühere Erfahrungen, soziale Unterstützung als auch Bewältigungsstrategien gezählt werden, was in Einklang mit anderen Stressmodellen wie von Lazarus (1993) oder Schröder & Schwarzer (1997) steht (vgl. auch Kap. 2.1).

Die Beantwortung der Frage, welche Ressourcen genau psychosomatische Patienten in eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung mitbringen und wie stark diese im Einzelnen ausgeprägt sind, fällt aufgrund mangelnder Forschungsergebnisse in diesem Bereich schwer, da es nur wenige empirische Studien zur **Verfügbarkeit von Ressourcen bei psychosomatischen Patienten** gibt. Hinzu kommt die Problematik der Heterogenität der Diagnosen (vgl. Kap. 2.4.1) als auch das Fehlen vergleichbarer psychosomatischer Rehabilitations-Einrichtungen außerhalb Deutschlands. In Kapitel 2.1 wurde bereits dargestellt, dass davon ausgegangen werden kann, dass grundsätzlich jede Person über Ressourcen verfügt (Nestmann, 1996; Grawe, 1998; Willutzki, 2000a). Ressourcen werden dabei als lebensnotwendige Bedingungen zur Bewältigung alltäglicher Anforderungen und Aufgaben angesehen. Es ist anzunehmen, dass die meisten Personen vor Entwicklung einer

psychischen Störung Erfahrungen in der Bewältigung von Anforderungen gesammelt haben (Frank, 1981) und somit auch noch psychisch schwer geschädigte Individuen potentiell über Möglichkeiten bzw. Ressourcen zur Aufgabenbewältigung verfügen (Nestmann, 1996). Empirische Einzelbefunde bestätigen, dass auch Personen klinischer Stichproben über Ressourcen verfügen (vgl. Trösken, 2002; Trösken & Grawe, 2004), wobei wie schon für fremd eingeschätzte Ressourcen in Kapitel 2.3.2 berichtet psychisch erkrankten Personen deutlich weniger Ressourcen zur Verfügung stehen als körperlich erkrankten Menschen oder gesunden Personen (Giger, 2002; Oesch, 2002). Es liegt weiterhin nahe, dass Patienten, die sich in einer stationären Behandlung befinden, aufgrund der Indikationsstellung (s.o.) schwerer psychisch beeinträchtigt sind und somit über weniger Ressourcen verfügen sollten als Patienten, die sich in einer ambulanten Psychotherapie befinden. Oesch (2002) konnte dementsprechend zeigen, dass ambulanten Patienten deutlich mehr Ressourcen zugeschrieben werden als stationären Patienten. Vor dem Hintergrund des Vergleichs psychosomatischer Patienten mit Suchtpatienten in der vorliegenden Arbeit ist besonders von Interesse, inwieweit Unterschiede in der Ausprägung von Ressourcen in Abhängigkeit der Diagnose zu finden sind. Die Ergebnisse von Oesch (2002) weisen darauf hin, dass Patienten mit neurotischen Störungsbildern insgesamt mehr Ressourcen von Therapeuten zugeschrieben werden als Suchtpatienten. Studien zum Zusammenhang zwischen Diagnosen von psychosomatischen Patienten und Ressourcenrealisierung fehlen bislang (vgl. auch Kap. 2.3.2).

Aussagen über **Profile der Ressourcenrealisierung von psychisch erkrankten Patienten** sind den Arbeiten von Trösken (2002) bzw. Trösken und Grawe (2004) zu entnehmen. Einschränkend zu vermerken ist, dass die Autoren jedoch nicht explizit Daten in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen erhoben haben und keine differenzierten Aussagen bzgl. der Ressourcenrealisierung unter Berücksichtigung der verschiedenen psychischen Diagnosen ableitbar sind. Die Ergebnisse der Studien zeigen einheitlich, dass allgemein am meisten Ressourcen in nahen Beziehungen realisiert werden. An zweiter Stelle folgt in den klinischen Stichproben die Realisierung von Sinnfindung. Am niedrigsten ausgeprägt scheint für Personen mit psychischen Erkrankungen die subjektive Realisierung von Wohlbefinden und Selbstwerterleben zu sein. (Trösken & Grawe, 2004; Trösken, 2002). Die Ergebnisse von Schiepek und Cremers (2003), die Ressourcen i.w.S. mit ihrem entwickelten Ressourceninterview erfasst haben, bestätigen die Bedeutung von sozialen Beziehungen als die am höchsten subjektiv wahrgenommene Ressource für psychosomatische Patienten. Die niedrigste Ressourcenverfügbarkeit zu Behandlungsbeginn wurde für das Selbstwertgefühl gefunden.

Zusammenhänge zwischen der **Ressourcenrealisierung von psychosomatischen Patienten und Therapieerfolg** wurden bislang nicht explizit untersucht (vgl. Kap. 2.2.3; 2.3.3). Die bisherigen sehr spärlichen Befunde zu kurzfristigen Therapieerfolgsmaßen bringen das Vorhandensein von guten Coping-Strategien und eine hohe Sinnfindung mit kurzfristigen Therapieerfolgskriterien in Zusammenhang (Tröskén & Grawe, 2004; vgl. Kap. 2.3.2). Zum längerfristigen Therapieerfolg liegt bislang nur eine Studie von Ruf (2003) vor, die die Ressourcenrealisierung bei alkoholabhängigen Patienten während einer Alkoholentwöhnungsbehandlung untersuchte und in Bezug zu längerfristigem Therapieerfolg setzte: Nach einem Jahr abstinente Patienten verfügten zu Therapiebeginn über eine höhere Ressourcenrealisierung als rückfällige Patienten. Das Vorliegen guter Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stress, ein hohes Wohlbefinden und Selbstwerterleben erwiesen sich als grundsätzlich bedeutsam für Therapieerfolg. Ruf kommt zu dem Schluss, dass insbesondere solche Ressourcen als maßgeblich für Therapieerfolg zu sein scheinen, die sich auf das selbständige Handeln einer Person beziehen und solche, die in ihrer Realisierung weitestgehend unabhängig von anderen Personen sind – im Gegensatz zu internationalen Befunden, die gerade die soziale Unterstützung und gegenwärtige Beziehungen als bedeutsame Ressourcen für den Therapieerfolg insbesondere bei Alkoholabhängigen hervorheben (vgl. ausführlich Dissertation von Deppe-Schmitz, 2008). Da bislang nur Einzelbefunde vorliegen, die aufgrund der Unterschiedlichkeit der Erhebungsmethoden schwer miteinander vergleichbar sind, lassen sich keine allgemeinen Schlussfolgerungen ableiten. Vielmehr wird die Notwendigkeit weiterer Forschung in diesem Bereich unterstrichen.

Inwieweit in **psychosomatischen Rehabilitationskliniken eine Ressourcenförderung bzw. Ressourcenaktivierung** stattfindet, ist bislang nicht untersucht. Ein Einzelergebnis von Broda et al. (1995) weist zwar auf eine geringe Beeinflussbarkeit des Kohärenzgefühls als Ressource im weiteren Sinne durch eine stationäre Behandlung hin, wobei aufgrund der hohen Stabilität des Konstruktes Kohärenzsinn fraglich ist, inwieweit dieses sich zur Veränderungsmessung eignet. In Kapitel 2.2.3 wurde bereits dargelegt, dass Psychotherapie zum Aufbau neuer Ressourcen beitragen sollte. Auch wenn eine Ressourcenorientierung nicht explizit als primäre Zielsetzung in der psychosomatischen Rehabilitation fokussiert wird, sollten auch Rehabilitationskliniken mit verhaltensmedizinischem Konzept einen Auf- und/ oder Ausbau von Ressourcen begünstigen, da die Verhaltensmedizin bzw. Verhaltenstherapie ressourcenorientierte Maßnahmen z.B. durch ein direktes Thematisieren von Ressourcen im Sinne einer inhaltlichen Ressourcenaktivierung integriert (z.B. Liste angenehmer Aktivitäten im Rahmen kognitiv behavioraler Depressionsbehandlung, Beck, Rush, Shaw & Emery,

1986; Genusstraining von Lutz, 1983; bzw. Koppenhöfer, 2004; einzelne Übungen zum Aufbau von Selbstsicherheit und Selbstvertrauen: z.B. „Sich selbst loben“ in Hinsch & Pfingsten, 1998). Auch eine prozessuale und aktionale Ressourcenaktivierung (vgl. Kap. 2.1) durch die Fokussierung auf eine gezielte Förderung der Eigenverantwortung und Selbstständigkeit des Patienten im Rahmen einer stationären Verhaltenstherapie liegt nahe (z.B. im Sinne des Selbstmanagement-Ansatz von Kanfer, 1996). Darüber hinaus weist Grawe (2004) darauf hin, dass sich als Folge störungsspezifischer Therapien positive Veränderungen in anderen Bereichen ergeben können.

2.4.3 Relevanz für die vorliegende empirische Arbeit

Zum besseren Verständnis, welche Patienten genau im Hinblick auf ihre Ressourcenrealisierung untersucht werden sollen, wurde eine Eingrenzung des Begriffes „*Psychosomatik*“ versucht. Psychosomatische Rehabilitationskliniken gelten als „Sammelbecken“ für eine Vielzahl psychischer Störungen. Deutlich wurde, dass im Großen und Ganzen alle psychischen Störungen der ICD 10 des Kapitels V (Dilling et al., 1993) in psychosomatischen Rehabilitationskliniken behandelt werden, wobei neurotische und Belastungsstörungen sowie affektive Störungen das größte Ausmaß ausmachen. Auch zur Erfassung des Therapieerfolgs in psychosomatischen Rehabilitationsbehandlungen existieren bislang noch keine einheitlichen Standards, was eine Vergleichbarkeit von Studien erschwert. Die Effektivität psychosomatischer Rehabilitationsbehandlungen gilt dennoch als gesichert.

Bezüglich der Ressourcenverfügbarkeit bei Patienten bei Behandlungsantritt einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung ist festzuhalten, dass grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass auch psychosomatische Patienten Ressourcen besitzen. Empirische Untersuchungsergebnisse geben deutliche Hinweise, dass psychisch erkrankte Patienten jedoch über weniger Ressourcen verfügen bzw. weniger Ressourcen realisieren als gesunde Menschen. Unklarheit besteht bislang darüber, welche Ressourcen genau psychosomatische Patienten realisieren und in welchem Ausmaß diese vorhanden sind, wenn sie eine psychosomatische Rehabilitationsklinik aufsuchen.

Dass ein positiver Zusammenhang zwischen der Ressourcenverfügbarkeit zu Therapiebeginn und Therapieerfolg besteht, konnte bislang noch nicht explizit für psychosomatische Patienten gezeigt werden. Bisherige Forschungsergebnisse legen diesen positiven Zusammenhang jedoch nahe (vgl. Kap. 2.2.3; 2.3.2). Die Frage, welche Rolle genau die Ressourcenrealisierung von psychosomatischen Patienten im Therapieverlauf für

eine erfolgreiche Behandlung spielt, wird in der vorliegenden Studie aufgegriffen und stellt eine zentrale Untersuchungsfrage dar.

Anhand der Skizzierung einer verhaltenmedizinischen stationären Behandlung konnte verdeutlicht werden, dass eine Ressourcenaktivierung in einem stationären verhaltensmedizinischen Setting stattfinden kann, selbst wenn eine Ressourcenorientierung nicht explizit betont wird. Da die alleinige Ableitung dieser Annahme aus der Literatur nicht ausreichend erscheint, sondern sich auch aus der Praxis heraus darstellen lassen muss, steht eine empirische Überprüfung dieser Annahme noch aus.

3 Fragestellung

Zahlreiche Studien belegen, dass die Aktivierung positiver Möglichkeiten und Potentiale den Psychotherapieverlauf bzw. die Genese von Patienten positiv beeinflusst (siehe auch Kap. 2.2.3). In diesem Zusammenhang postulieren Grawe et al. (1983, 1998) Ressourcenaktivierung als entscheidenden Wirkfaktor für Psychotherapie. Während Ressourcenaktivierung das „Wie“ für das Gelingen einer psychotherapeutischen Behandlung darstellt, wird unter Ressourcenrealisierung eine subjektive Einschätzung des Patienten bezüglich seiner tatsächlich verfügbaren Ressourcen verstanden. Zur Rolle der Ressourcenrealisierung (Tröskén, 2002) für einen günstigen Therapieverlauf gibt es bislang noch wenig Forschung (siehe Kap. 2.1 und Kap. 2.2). Dasselbe gilt für mögliche Einflussfaktoren auf die Ressourcenrealisierung: es liegen bislang nur Einzelbefunde zum Zusammenhang diverser Patienten- und Behandlungsmerkmale mit Ressourcenrealisierung vor (siehe Kap. 2.3). Im Vordergrund des vorliegenden Forschungsprojekts steht die systematische Erfassung der Ressourcenrealisierung sowie die Überprüfung der Annahme, dass die Ressourcenrealisierung eine zentrale Rolle im Psychotherapieprozess im Hinblick auf Psychotherapieerfolg einnimmt. In Anlehnung an das „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky et al. (1987, 1994) sollen verschiedene Einflussgrößen, die sich in der Literatur zur Prozess-Outcome-Forschung als relevant erwiesen haben, zu dem zentralen Konstrukt der Ressourcenrealisierung in Beziehung gesetzt werden (vgl. Abb. 3.1). Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Gegenüberstellung der Ressourcenrealisierung und der psychischen Belastung. Es werden verschiedene Behandlungszeitpunkte berücksichtigt, um die Komplexität des psychotherapeutischen Prozesses besser abbilden zu können. Als Therapiesetting für die vorliegende Arbeit wurde eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung ausgewählt, deren Effektivität als gesichert gilt, der Ressourcenfokus bislang jedoch gänzlich vernachlässigt wurde. Einen wichtigen Aspekt des Forschungsprojekts stellt der Vergleich der Psychosomatikpatienten mit Patienten, denen eine Alkoholabhängigkeitsdiagnose vergeben wurde (vgl. Deppe-Schmitz, 2008), dar, was sich aufgrund des identischen Behandlungssettings in derselben Klinik und der Möglichkeit der parallel ablaufenden und im Studiendesign identischen Studie für Alkoholabhängige von Deppe-Schmitz (2008) anbot. Im Folgenden werden die zentralen Fragestellungen der vorliegenden empirischen Arbeit sowie die konkreten Untersuchungshypothesen vorgestellt, welche um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten bei Deppe-Schmitz (2008) analog für die Suchtstichprobe formuliert wurden. Die theoretische Ableitung bzw. Einordnung in den Forschungsbereich dieser Fragestellungen und Hypothesen sind übersichtlich

zusammengefasst in den Unterkapiteln „Relevanz für die vorliegende empirische Arbeit“ am Ende der jeweiligen Kapitel des Theorieteils.

1. Fragestellung: Welche Ressourcen realisieren Psychosomatikpatienten?

Hier interessiert, wie psychosomatische Patienten ihre subjektive Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn einschätzen. Es wird davon ausgegangen, dass auch psychisch Kranke über Ressourcen verfügen, wenngleich diese aufgrund konsistenztheoretischer Überlegungen bei psychisch Kranken geringer vorhanden sein sollten im Vergleich zu Gesunden. Ziel ist eine systematische Erfassung der Ressourcenrealisierung von Psychosomatikpatienten verbunden mit der Frage nach der klinischen Relevanz. Folgende Untersuchungsfragen bzw. Hypothesen sollen geprüft werden:

- Welches Ausmaß an Ressourcenrealisierung nehmen psychosomatische Patienten zu Beginn einer stationären Psychotherapie wahr?
- Psychosomatische Patienten weisen zu Therapiebeginn eine geringere Ressourcenrealisierung auf als psychisch gesunde Personen.
- Das Ausmaß an Ressourcenrealisierung ist bei stationären psychosomatischen Patienten zu Beginn der Behandlung niedriger im Vergleich zu ambulanten Psychotherapiepatienten.

2. Fragestellung: Wird die Ressourcenrealisierung durch Psychotherapie gefördert?

Im Vordergrund steht die Veränderung der Ressourcenrealisierung in der Psychotherapie. Es interessiert der Vergleich zwischen der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und zu Therapieende. Nach Grawe (1998) sollte Psychotherapie eine Ressourcenaktivierung anstoßen und dazu beitragen, Ressourcen weiter auszubauen bzw. für Patienten besser verfügbar zu machen als auch neue Ressourcen aufzubauen, was sich u.a. in einem Zuwachs an Ressourcenrealisierung bemerkbar machen müsste. Folgende Untersuchungsfragen bzw. Hypothesen sollen geprüft werden:

- Psychosomatische Patienten realisieren zum Ende der Behandlung mehr Ressourcen als zu Beginn der stationären Behandlung.
- Wie lässt sich ein Ressourcenzuwachs im Hinblick auf seine klinische Bedeutsamkeit einordnen?

3. Fragestellung: Welche Rolle spielen Patientenmerkmale für die Ressourcenrealisierung von Patienten?

Für die vorliegende Untersuchung interessiert, inwieweit bestimmte Personvariablen (Alter, Geschlecht, Bildung, Partnerschaft, berufliche Situation), Erkrankungsmerkmale (Art der Diagnose, Komorbidität, Persönlichkeitsstörung, Erkrankungsdauer, Vorbehandlungen, Suizide in der Vorgeschichte, Arbeitsfähigkeit) und Variablen psychischer Belastung (Depressivität, psychopathologische Belastung), die zum Anfang der Therapie Patienten genauer charakterisieren, in Beziehung zur Ressourcenrealisierung stehen. Für die Patientenmerkmale, die den Schweregrad einer psychischen Störung genauer charakterisieren, wird vor dem Hintergrund der Konsistenztheorie psychischen Funktionierens von Grawe (1998) erwartet, dass diese mit einer geringeren Ressourcenrealisierung in Zusammenhang stehen. Folgende Untersuchungsfragen bzw. Hypothesen sollen geprüft werden:

- Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen den Personvariablen Alter, Geschlecht, Bildung, Partnerschaft, berufliche Situation und der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn?
- Unterscheiden sich Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen in Art und Ausmaß ihrer Ressourcenrealisierung?
- Das Vorliegen von Komorbidität, eine längere Erkrankungsdauer, die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Vorbehandlungen, das Vorliegen von Suizidversuchen sowie eine bestehende Arbeitsunfähigkeit vor Therapiebeginn geht einher mit einer niedrigeren Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn.
- Eine hohe Depressivität oder psychopathologische Belastung geht mit einer niedrigeren Ausprägung der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn einher.

4. Fragestellung: Werden Behandlungsmerkmale durch die Ressourcenrealisierung beeinflusst?

Hier interessieren einerseits im Rahmen sog. „klassischer“ Behandlungsmerkmale die Dauer der Therapie sowie der Entlassmodus sowie im Sinne kurzfristiger Therapieerfolgsmaße die Reduktion an psychischer Belastung (Depressivität, psychopathologische Belastung) in der Therapie. Es wird angenommen, dass sich die

3. Fragestellung

Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn positiv auf den kurzfristigen Therapieerfolg von Patienten auswirkt. Folgende Untersuchungsfragen bzw. Hypothesen sollen geprüft werden:

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und der Dauer der Therapie?
- Unterscheiden sich Patienten, die regulär entlassen werden in ihrer Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn von psychosomatischen Patienten, die vorzeitig entlassen wurden?
- Zum Entlassungszeitpunkt arbeitsfähige bzw. erwerbsfähige psychosomatische Patienten haben bereits zu Beginn der stationären Behandlung mehr Ressourcen realisiert als Patienten, die arbeitsunfähig entlassen werden.
- Psychosomatikpatienten, die sich bezüglich ihrer psychischen Belastung in ihrer Therapie verbessern, verfügen grundsätzlich –also bereits zu Therapiebeginn– über eine höhere Ressourcenrealisierung im Vergleich zu den weniger erfolgreichen Patienten.

5. Fragestellung: Ist die Ressourcenrealisierung von Patienten entscheidend für den Erfolg von Psychotherapie?

Hier interessiert der längerfristige Therapieerfolg ein Jahr nach Therapieende. Es wird vermutet, dass psychosomatische Patienten mit einer hohen Ressourcenrealisierung bessere Chancen haben, nach der Therapie arbeitsfähig zu sein als auch ihre Therapie rückblickend positiver bewerten. Zudem sollte sich eine hohe Ressourcenrealisierung, welche mit einer hohen Bedürfnisbefriedigung und weniger wahrgenommener Inkongruenz einhergehen sollte, günstig auf die spätere Lebenszufriedenheit auswirken. Folgende Untersuchungsfragen bzw. Hypothesen sollen geprüft werden:

- Die Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und zu Therapieende begünstigt Arbeitsfähigkeit nach der Therapie.
- Die Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und zu Therapieende begünstigt eine positive Therapiebewertung nach der Therapie.
- Die Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und zu Therapieende wirkt sich positiv auf die Zufriedenheit nach der Therapie aus.

6. Fragestellung: Welchen Stellenwert hat die Ressourcenrealisierung gegenüber der psychischen Belastung im Therapieprozess?

Psychotherapie sollte bewirken, dass sowohl die Ressourcen der Patienten gestärkt als auch deren psychische Belastung reduziert wird. Ein Kernstück des Forschungsprojekts greift diese Annahme auf und beschäftigt sich mit der Frage, welchen Stellenwert die Ressourcenrealisierung im Vergleich zur psychischen Belastung im Psychotherapieprozess einnimmt. Folgende Untersuchungsfragen bzw. Hypothesen sollen geprüft werden:

- Begünstigen eine hohe Ressourcenrealisierung und eine geringe psychische Belastung Arbeitsfähigkeit?
- Begünstigen eine hohe Ressourcenrealisierung und eine geringe psychische Belastung eine bessere rückblickende Therapiebewertung?
- Begünstigen eine hohe Ressourcenrealisierung und eine geringe psychische Belastung die Zufriedenheit?

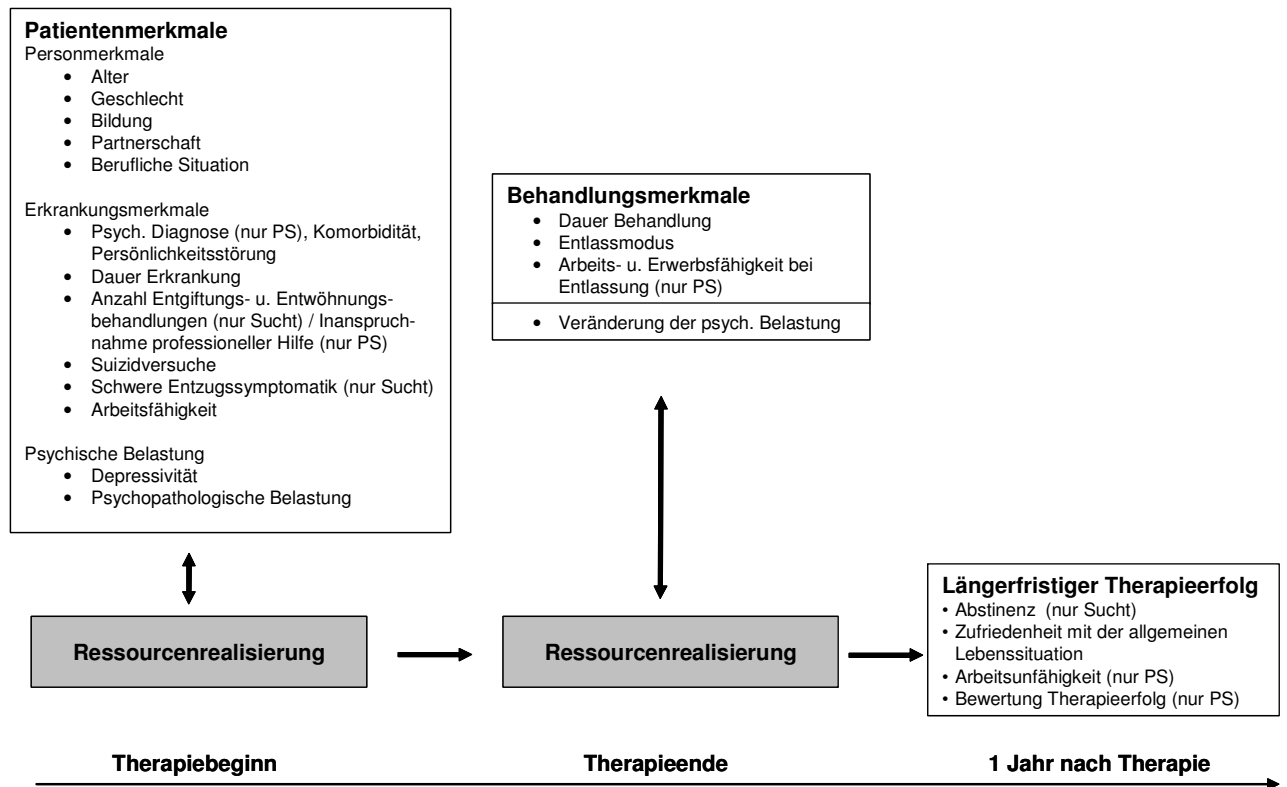
7. Fragestellung: Ist die Ressourcenrealisierung von Suchtpatienten mit der von Psychosomatikpatienten vergleichbar?

Analytische Theorien legen nahe, dass Suchtpatienten generell als schwerer gestört gelten als andere Achse-I-Störungen (Klußmann, 2000), woraus sich ableiten ließe, dass diese sich in Patienten- als auch in Behandlungsmerkmalen, aber auch im Ausmaß ihrer Ressourcenrealisierung unterscheiden sollten. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, ob diese beiden Patientengruppen von einer stationären psychotherapeutischen Behandlung in gleichem Maße profitieren oder ob sich Unterschiede finden lassen hinsichtlich ihres Ressourcenzuwachses während der Therapie. Folgende Untersuchungsfragen bzw. Hypothesen sollen geprüft werden:

- Unterscheiden sich psychosomatische Patienten von Suchtpatienten in ihren Patienten- und Behandlungsmerkmalen und hinsichtlich ihres längerfristigen Therapieerfolgs?
- Unterscheiden sich psychosomatische Patienten von Suchtpatienten in ihrer Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und Therapieende?
- Unterscheiden sich psychosomatische Patienten von Suchtpatienten hinsichtlich ihres Ressourcenzuwachses?

3. Fragestellung

Abbildung 3.1: Variablenübersicht



Anmerkung: PS: Merkmal wurde nur für die Psychosomatikstichprobe erhoben, Sucht: Merkmal wurde nur für die Suchtstichprobe erhoben

4 Methode

Das methodische Vorgehen des vorliegenden Forschungsprojektes wird anhand des Studiendesigns vorgestellt. Es folgt eine Skizzierung der Untersuchungsdurchführung und des Behandlungssettings. Im nächsten Abschnitt werden die einzelnen Variablen und Erhebungsinstrumente erläutert, die zur Untersuchung der Fragestellungen herangezogen wurden. Die untersuchte Stichprobe, im vorliegenden Fall die Psychosomatikstichprobe, wird beschrieben sowie Ergebnisse des Vergleichs der unterschiedlichen in der Untersuchung herangezogenen Substichproben vorgestellt. Schließlich erfolgt eine Beschreibung der angewandten statistischen Verfahren².

4.1 Untersuchungsdesign

Die vorliegende Arbeit stellt ein Teilgebiet eines Projektes zur Erforschung von Ressourcen im Psychotherapieprozess dar, welches sich schwerpunktmäßig der Untersuchung psychosomatischer Patienten in einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung widmet. Die Therapiestudie ist der differentiellen Psychotherapieforschung zuzuordnen und erfasst Veränderungsprozesse im psychotherapeutischen Verlauf, bei denen die Rolle von Ressourcen für den Psychotherapieerfolg im Mittelpunkt steht (siehe auch Kap. 3.1). Ziel der Studie war die Abbildung realer Bedingungen einer stationären psychotherapeutischen Rehabilitationsbehandlung in Deutschland. In Anlehnung an das „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky et al., 1994) wurden diverse Patienten- und Behandlungsvariablen berücksichtigt. Bei der Auswahl der Untersuchungsinstrumente wurde darauf geachtet, valide und reliable Fragebögen auszusuchen (siehe Kap. 4.3). Zur Überprüfung der umfangreichen Fragestellungen wurde ein Prä-Post-Follow-up Design ohne Kontrollgruppe (Bortz & Döring, 2002) in einem naturalistischen Setting mit insgesamt drei Messzeitpunkten zu Beginn und Ende der stationären Behandlung sowie zwölf Monate nach Abschluss der Behandlung (Katamnese) gewählt. Die Untersuchung entspricht einer Kombination aus einem hypothesen-überprüfenden und einem explorativen Vorgehen. In Anbetracht der bislang noch vernachlässigten Betrachtung von Ressourcen in der Psychotherapieforschung und fehlender empirischer Befunde insbesondere zur Ressourcenrealisierung, wurden sofern möglich Hypothesen formuliert. Einzelne Fragestellungen wurden explorativ untersucht.

² Kap. 4.1-4.3 sowie Kap. 4.6 wurden gemeinsam mit Frau Deppe-Schmitz verfasst und liegen auch in der Dissertation von Deppe-Schmitz (2008) vor.

4.2 Durchführung der Untersuchung

Die vorliegende Studie wurde an der salus klinik Lindow, einer Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik mit insgesamt 254 Betten in Ostdeutschland durchgeführt. Im Erhebungszeitraum wurden ca. 60 Therapieplätze von der psychosomatischen Abteilung belegt, während die übrigen Betten der Suchtabteilung der Klinik angehören (Beschreibung der Suchtbehandlung, siehe Deppe-Schmitz, 2008). Die Belegung der psychosomatischen Betten erfolgte hauptsächlich über die Landesversicherungsträger der LVA Berlin und Brandenburg. Die vorgesehene Behandlungsdauer betrug sechs Wochen mit Option auf Verlängerung bei aus therapeutischer Sicht begründeter Indikation. Die Rehabilitationsbehandlung der salus Klinik Lindow orientiert sich an primär verhaltensmedizinischen Gesichtspunkten. Neben einer individuellen, störungsspezifischen Einzel- und Bezugsgruppentherapie werden ergänzend psychotherapeutische indikative Gruppen, sport- und werktherapeutische sowie soziotherapeutische Maßnahmen angeboten, welche für beide Abteilungen der Klinik offen sind. Für alle psychotherapeutischen Maßnahmen liegen Therapiemanuale vor. Ärzte und Diplom-Psychologen arbeiten in gleichberechtigter Weise im Team mit Sozialtherapeuten, Ergo- und Arbeitstherapeuten sowie Sporttherapeuten zusammen. Sowohl Ärzte als auch Psychologen können die Funktion eines Bezugstherapeuten übernehmen und haben eine Verhaltenstherapieausbildung abgeschlossen bzw. befinden sich in der Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten.

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Psychosomatikpatienten befand sich zum selben Zeitpunkt stationär in der salus Klinik Lindow wie die Suchtpatienten. Es wurden zwei Erhebungsphasen von November 2000 bis März 2002 bzw. August 2002 bis August 2004 (Katamneseerhebung einbezogen) durchgeführt.

Die für die Untersuchung ausgesuchten Variablen stammen aus den standardmäßig in der Klinik erhobenen Daten zur Qualitätssicherung. Zusätzlich wurde ein Ressourcenfragebogen (RES) von Trösken (2000) im Erhebungszeitraum der standardmäßig durchgeführten Eingangs- und Abschlussdiagnostik beigelegt. Der längerfristige Therapieerfolg wurde in der 1-Jahres-Katamnese als schriftliche Befragung mit Hilfe eines klinikinternen Katamnese-Fragebogens erhoben (siehe auch Jahresbericht salus

linik, 2003). Die Patienten erklärten sich zu Beginn der Behandlung mit der Erhebung von persönlichen Daten für deren Verwendung in anonymisierter Form für statistische Auswertungen einverstanden.

4.3 Variablen und Erhebungsinstrumente

Es wurden für das vorliegende Forschungsprojekt solche Variablen ausgewählt, die sich anhand von empirischen Vorbefunden oder theoretischen Überlegungen sowohl für die Forschungsbereiche zu Ressourcen in der Psychotherapie als auch zu Psychotherapieerfolg als bedeutsam erwiesen haben. Zudem wurde bei der Variablenauswahl darauf geachtet, dass diese, wenn möglich, sowohl für die Stichprobe der psychosomatischen Patienten als auch für die Stichprobe der Suchtpatienten vorlagen, um einen Vergleich der beiden Stichproben zu ermöglichen. Tabelle 4.3.1 gibt eine Übersicht über die eingesetzten Erhebungsinstrumente der vorliegenden Untersuchung zu den verschiedenen Messzeitpunkten.

Tabelle 4.3.1: Übersicht über die Erhebungsinstrumente

| Prä-Messung zu Therapiebeginn | Postmessung zu Therapieende | Katamnese 1 Jahr nach Therapieende |
|--|--|---|
| Ressourcenrealisierung RES-Fragebogen (Trösken, 2000) | Ressourcenrealisierung RES-Fragebogen (Trösken, 2000) | |
| Patientenmerkmale Computergestützte Behandlungsdokumentation Psychometrische Verfahren: SCL 90-R von Derogatis (dt. Version, Franke, 1995) BDI (Beck, 1995) | Behandlungsmerkmale Computergestützte Behandlungsdokumentation Psychometrische Verfahren: SCL 90-R von Derogatis (dt. Version, Franke, 1995) BDI (Beck, 1995) | Therapieerfolgsmerkmale Katamnesefragebogen |

Als Kernstück des Forschungsprojektes wird zunächst der Fragebogen zur Ressourcenselbsteinschätzung (RES) ausführlich vorgestellt unter Einbeziehung von Ergebnissen zu Gütekriterien für die im vorliegenden Forschungsprojekt untersuchte Stichprobe. Des weiteren werden die Variablen vorgestellt, die zur Erhebung der Patienten- und Behandlungsmerkmale sowie zum längerfristigen Therapieerfolg – ein Jahr nach der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung - verwendet wurden.

4.3.1 Erhebung der Ressourcenrealisierung

Für die Erfassung der Ressourcenrealisierung wurde der RES-Fragebogen zur Ressourcenselbsteinschätzung von Trösken (2000) für das vorliegende Projekt ausgewählt, da bislang keine vergleichbaren Möglichkeiten zur systematischen Erfassung von subjektiven Ressourcen existieren (siehe auch Kap. 2.1.2). Der RES-Fragebogen ist neben dem Fragebogen zu Ressourcenpotentialen aus der Fremdeinschätzung (REF) Teil des von Trösken (2002) entwickelten Berner Ressourceninventars. Dem Fragebogen zur Erfassung der Ressourcenrealisierung lag ein halbstrukturiertes Interview zugrunde, mit Hilfe dessen auf der Basis von Clusteranalysen Fragebogenitems formuliert und anhand von Itemanalysen die endgültigen Fragebogenskalen mit insgesamt acht Bereichen konstruiert wurden, die in Kapitel 2.1.3 ausführlich vorgestellt werden. Die generierten Items beschreiben jeweils konkrete Verhaltens- und Erlebensweisen und werden auf einer siebenstufigen Skala (0 = nie bis 6 = häufig) bezüglich der Häufigkeit der Ausführung in einem bestimmten Zeitabschnitt (i.d.R. 4 Wochen) eingeschätzt (Fragebogen RES siehe Anhang A1).

Die Gütekriterien des RES-Fragebogens können beziehend auf die Untersuchungen von Trösken (2002) im Allgemeinen als zufriedenstellend eingeordnet werden: Die internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) der Validierungsstichproben lagen bei Trösken (2002) für alle Bereiche in einem guten bzw. zufriedenstellenden Bereich für eine Gesamtstichprobe von 444 Personen ($\alpha = .72-.87$) als auch für eine klinische sowie nicht-klinische Teilstichprobe (siehe ausführlicher Trösken, 2002). Bezüglich der Konstruktvalidität des RES wurden eine Reihe von Hypothesen über Zusammenhänge zwischen Ressourcenrealisierung und Persönlichkeitsmerkmalen, zum aktuellen Befinden, dem Inkongruenzniveau und dem interpersonalen Verhalten formuliert, welche anhand bereits validierter Fragebögen bestätigt werden konnten (Trösken, 2002; Trösken & Grawe, 2003). Auf die Darstellung der von Trösken generierten Sekundärfaktoren wird hier verzichtet, da diese in der vorliegenden Studie nicht verwendet wurden (siehe ausführlich Trösken, 2002).

Insgesamt erwies sich der RES bislang als reliables und valides Messinstrument, welches sich zur Veränderungsmessung eignet und für die Therapieplanung als auch Qualitätssicherung einsetzbar ist.

Im Folgenden wird geprüft, inwieweit die von Tröskén vorgefundenen Ergebnisse auf die vorliegende Stichprobe übertragbar sind, wobei - wenn nicht anders gekennzeichnet - Daten der Gesamtstichprobe aus Psychosomatik- und Suchtpatienten, bestehend aus insgesamt 734 Patienten einfließen. Es werden die faktorenanalytischen Überprüfungen für die vorliegende Untersuchung als auch die Gütekriterien vorgestellt.

4.3.1.1 Faktorenanalysen des Ressourcenfragebogens (RES)

Im Rahmen einer faktoranalytischen Untersuchung wurde die Homogenität des RES-Fragebogens für das vorliegende Forschungsprojekt überprüft und geprüft, inwieweit sich die vorgesehenen acht Bereiche in der untersuchten Gesamtstichprobe nachweisen lassen (Eigenwertdiagramme siehe Anhang B, Abb. B1-B4).

Bei der achtfaktoriellen Lösung konnte insgesamt 46,14% der Varianz aufgeklärt werden. Es gelang jedoch keine inhaltlich sinnvolle Zuordnung der Items zu den von Tröskén (2002) vorgegebenen Bereichen, da der siebte und achte Faktor inhaltlich nicht interpretierbar waren (siehe Anhang B, Tab. B1).

Aufgrund dieser Ergebnisse wurde eine sechsfaktorielle Faktorenanalyse berechnet, welche nach Rotation für die ersten fünf Faktoren eine relativ prägnante Lösung ergab, jedoch der sechste Faktor wieder inhaltlich nicht aufschlussreich war (siehe Anhang B, Tab. B2). Eine fünffaktorielle Faktorenanalyse ergab schließlich eine akzeptable Lösung (siehe Anhang B, Tab. B3). Es konnte nach Varimax-Rotation eine Varianz von insgesamt 40,26% aufgeklärt werden. Der erste Faktor klärt 29,81% der Varianz auf, hier laden v.a. Items der Bereiche *Sinnfindung* und *Positives Selbstkonzept*. Der zweite Faktor (aufgeklärte Varianz 6,53%) repräsentiert v.a. Items der Bereiche *Wohlbefinden*, *Stressbewältigung* und *Selbstwerterleben*. Auf dem dritten Faktor laden v.a. Items des Bereiches *Nahe Beziehungen*, auf dem vierten Faktor v.a. Items des Bereichs *Unterstützung* und auf dem fünften Faktor Items des Bereichs *Krisenbewältigung*. Diese Faktorenstruktur konnte auch für die Teilstichprobe der Psychosomatikpatienten repliziert werden (siehe Anhang B, Tab. B4).

Die Ergebnisse der faktorenanalytischen Untersuchungen legen also die fünffaktorielle Lösung nahe, allerdings lassen sich Bereiche *Wohlbefinden*, *Stressbewältigung* und *Selbstwerterleben* theoretisch nicht sinnvoll als zu einem übergeordneten Faktor zugehörig interpretieren. Das gleiche gilt für die Bereiche

Sinnerleben und *Positives Selbstkonzept*, die ebenfalls auf einem gemeinsamen Faktor laden.

Die theoretisch acht vorgeschlagenen Bereiche von Tröskén (2000, 2002) werden für die weiteren Analysen beibehalten, damit eine Vergleichbarkeit mit vorherigen Studien gegeben ist und um differenziertere Aussagen über einzelne Ressourcenbereiche möglich machen zu können.

4.3.1.2 Item- und Skalenkenstatistiken des Ressourcenfragebogens (RES)

Die an der vorliegenden Gesamtstichprobe durchgeführten Itemanalysen ergaben für die Trennschärfe für beide Messzeitpunkte insgesamt mit Ausnahme des Bereichs *Krisenbewältigung* zufriedenstellende Ergebnisse. Einige Trennschärfen einzelner Items liegen zudem teilweise nicht im akzeptablen Bereich (< 0.3 nach Weise, 1975, S.219), was bei der Ergebnisinterpretation berücksichtigt werden muss (siehe Anhang B, Tab. B5 und B6).

Tabelle 4.3.1.2.1: Parameter der Skalen bei der Erstmessung für Gesamtstichprobe¹

| RES | Item-anzahl | Skalierung | M | SD | $\bar{r}(ii)$ | $\bar{r}(it)$ | α | $r(tt)$ Spearman | $r(tt)$ Guttman |
|---|-------------|------------|------|------|---------------|---------------|----------|------------------|-----------------|
| RESA Wohlbefinden (N=696) | 12 | 0-6 | 2,91 | 1,24 | ,39 | ,59 | ,89 | ,85 | ,85 |
| RESB Stressbewältigung (N=661) | 14 | 0-6 | 3,06 | 1,02 | ,28 | ,49 | ,84 | ,77 | ,76 |
| RESC Unterstützung (N=698) | 11 | 0-6 | 3,46 | 1,31 | ,47 | ,65 | ,91 | ,88 | ,87 |
| RESD Krisenbewältigung (N=644) | 18 | 0-6 | 3,09 | 0,95 | ,24 | ,45 | ,84 | ,78 | ,78 |
| RESE Selbstwerterleben (N=681) | 13 | 0-6 | 3,20 | 1,25 | ,46 | ,65 | ,92 | ,87 | ,86 |
| RESF Pos. Selbstkonzept (N=693) | 21 | 0-6 | 3,61 | 0,97 | ,36 | ,59 | ,92 | ,87 | ,87 |
| RESG Nahe Beziehungen (N=594) | 16 | 0-6 | 4,24 | 1,17 | ,44 | ,63 | ,91 | ,84 | ,83 |
| RESH Sinnfindung (N=662) | 12 | 0-6 | 3,83 | 1,01 | ,36 | ,56 | ,87 | ,84 | ,83 |

¹Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), mittlere Inter-Item-Korrelation ($\bar{r}(ii)$), mittlere Trennschärfe ($\bar{r}(it)$), Cronbach's Alpha (α), Reliabilitätskoeffizienten ($r(tt)$) nach Spearman und Guttman

Bezüglich der Skalenkennwerte konnten zu beiden Messzeitpunkten zu Beginn und Ende der Behandlung sowohl für die interne Konsistenz als auch für die Split-half-

Reliabilitäten (Spearman und Guttman) äußerst zufriedenstellende Ergebnisse erzielt werden (siehe Tab. 4.3.1.2.1), was die Übernahme der acht von Trösken (2002) vorgeschlagenen Bereiche für die Analysen der vorliegenden Studie rechtfertigt.

Die Interkorrelationen zwischen den Bereichen des RES-Fragebogens sind alle hoch signifikant (siehe Anhang B, Tab. B7). Die starken Zusammenhänge lassen sich vor dem Hintergrund der faktorenanalytischen Ergebnisse einordnen (keine zufriedenstellende faktorielle Lösung) und zeigen, dass die Bereiche keine unabhängigen Faktoren darstellen, was die Bildung eines Gesamt-Ressourcenindex über alle Bereiche rechtfertigt. Für weitere Berechnungen wird deshalb der *Ressourcengesamtwert* als Mittelwert über die acht Bereiche als auch die Skalenmittelwerte der acht Bereichsskalen einbezogen.

4.3.2 Erhebung der Patientenmerkmale

Unter Patientenmerkmalen werden in der vorliegenden Studie solche Merkmale verstanden, die einen Patienten zu Beginn der stationären psychotherapeutischen Behandlung charakterisieren.

Im folgenden werden die für die Psychosomatikstichprobe verwendeten Variablen erläutert.

Unter **Personmerkmalen** wurden die für die empirische Forschung bedeutsamen klassischen soziodemographischen Variablen zusammengefasst. Die Daten beruhen auf der Selbstauskunft der Patienten. Ausgewählt wurden aus der computergestützten Behandlungsdokumentation Alter, Geschlecht und Bildungsniveau des Patienten sowie die Erfassung des Vorhandenseins einer Partnerschaft und eines Arbeitsplatzes.

Als Angaben zu **Erkrankungsmerkmalen** wurden ebenfalls Variablen aus der Basisdokumentation ausgewählt: Die Erhebung der psychischen Diagnosen beruht auf therapeutischen Einschätzungen zur Entlassungssituation, da es sich hier um validere Angaben handelt. Das Vorliegen einer Komorbidität oder einer Persönlichkeitsstörung werden als zusätzliche Variablen erfasst. Für die Erkrankungsdauer einzelner klinisch relevanter Problembereiche wurde der klinische Eindruck der Therapeuten im Erstgespräch zugrunde gelegt. Als weitere Variablen wurden das Vorliegen von Suizidversuchen als auch die Inanspruchnahme vorheriger psychotherapeutischer Behandlungen (stationär oder/und ambulant) sowie Arbeitsunfähigkeit vor Behandlungsbeginn ausgesucht.

Zur Erhebung der **psychischen Belastung** als dritter Teilbereich der Patientenmerkmale wurden folgende der standardmäßig erhobenen Fragebögen im Rahmen einer von den Patienten schriftlich zu beantwortenden Batterie ausgewählt. Die psychopathologische Belastung wurde mit Hilfe der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) von Derogatis (dt. Version, Franke, 1995) und mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI, Beck, 1995, dt. Hautzinger) erfasst. Beide Fragebögen werden aufgrund ihrer hohen Validität und Reliabilität (interne Konsistenzen des BDI: zwischen .74-.92, interne Konsistenzen der SCL 90-R: für einzelne Skalen zwischen .79 und .89, für den GSI-Wert zwischen .94 bis .98) standardmäßig in der Psychotherapieforschung eingesetzt und eignen sich zudem zur Veränderungsmessung (Hill & Lambert, 2004; Grawe, 2004, 1995). Es liegen Normwerte für beide Fragebögen vor.

Die **SCL 90-R** umfasst 9 verschiedene Skalen mit insgesamt 90 Items, die faktorenanalytisch gewonnen wurden. Es können drei globale Kennwerte errechnet werden. Für weitere Analysen wird hier der *globale Beschwerdeindex GSI* der SCL 90-R als durchschnittlicher Belastungswert der psychopathologischen Belastung herangezogen. In der SCL 90-R als klinisch unauffällig werden solche Menschen beurteilt, die im globalen Beschwerdeindex GSI T-Werte bis 60 aufweisen. Personen mit T-Werten ab 60 werden als deutlich messbar psychisch belastet bezeichnet. Diese Grenze wird für die vorliegende Untersuchung auch als Cut-Off-Kriterium zur Unterscheidung zwischen sog. klinisch gesunden bzw. beeinträchtigten Patienten bzgl. ihrer psychopathologischen Belastung herangezogen. Eine starke psychische Belastung liegt bei einem T-Wert ab 70 vor.

Der **BDI** stellt mit seinen 21 Items ein eindimensionales Messinstrument dar. In weitere Analysen geht der *BDI-Gesamtwert Depressivität* ein. Eine klinisch relevante depressive Symptomatik liegt bei einem BDI-Gesamtwert ab 18 vor, welcher wiederum als Cut-Off-Kriterium bzgl. der Depressivität gewählt wurde. Ein Wert zwischen 11 und 17 deutet auf eine leicht erhöhte Depressivität hin.

4.3.3 Erhebung der Behandlungsmerkmale

Die in diesem Studienprojekt unter Behandlungsmerkmalen zusammengefassten Variablen stellen eine heterogene Gruppe dar. Allen Merkmalen gemeinsam ist, dass diese unmittelbar zum Abschluss der stationären Behandlung vorlagen, d.h. noch erhoben wurden, während der Patient sich in der Behandlung befand. Zunächst wurden aus der computerisierten Basisdokumentation der Klinik für die Psychosomatikpatienten ausgewählt die Behandlungsdauer, der Entlassmodus sowie die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Patienten zu Behandlungsende aus medizinischer Sicht. Unterschieden wird bzgl. des

Entlassmodus zwischen regulärer und vorzeitiger Entlassung. Unter letzterer wird eine vorzeitige Entlassung aus medizinischen Gründen“, „Abbruch des Patienten“ sowie „disziplinarische Entlassung“ zusammengefasst. Weiterhin wurden als sog. kurzfristige Therapieerfolgsmaße die Reduktion der psychischen Belastung (Depressivität, psychopathologische Belastung) erhoben. Hier wurden der BDI als auch die SCL-90-R als psychometrische Testverfahren ausgewählt, die auch schon zu Behandlungsbeginn erfasst wurden, und Differenzwerte zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt gebildet sowie die individuelle klinisch und statistisch signifikante Verbesserung der Patienten berücksichtigt (siehe ausführlich z.B. Jacobson & Truax, 1991; Kendall et al., 2004; Schauenburg & Strack, 1999; Davis-Osterkamp et al., 1996). Unter statistischer Signifikanz wird in Anlehnung an Franke (2002) jede Veränderung des einzelnen Patienten verstanden, die einen test- und populationsspezifischen kritischen Wert („reliable change index“ RCI) überschreitet. Als klinisch signifikant gelten hingegen Veränderungen, wenn ein Patient sich von einem dysfunktionalen („kranken“) Bereich in einen funktionalen, „gesunden“ Bereich bewegt. Zur Beurteilung einer klinisch bedeutsamen Verbesserung wurden die jeweils oben genannten Cut-Off-Kriterien herangezogen (vgl. Kap. 4.3.2).

4.3.4 Erhebung des längerfristigen Therapieerfolgs

Der längerfristige Therapieerfolg ein Jahr nach der Therapie wurde durch die Ein-Jahres-Katamnese der untersuchten Klinik erfasst (Katamnesefragebogen siehe Anhang A2). Der Katamnese-Fragebogen für die psychosomatische Abteilung umfasst insgesamt 16 Fragen zur Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen, zur sozialen und beruflichen Reintegration sowie eine retrospektive Erfolgseinschätzung der stationären Behandlung.

Für die vorliegende Untersuchung wurden zur Erfassung des längerfristigen Therapieerfolgs folgende Variablen ausgewählt: Als kostenrelevantes Kriterium wird das Vorliegen von Arbeitsfähigkeit ein Jahr nach der Behandlung bzw. die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (Frage 8), des weiteren die rückblickende Therapiebewertung aus Patientensicht ein Jahr nach der Behandlung (Frage 14) auf einer sieben-stufigen Skala (1 = „sehr viel besser“, 7 = „sehr viel schlechter“), sowie die Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebenssituation (Frage 1) mit sechs Antwortmöglichkeiten von 1 (= „sehr zufrieden“) bis 6 (= „sehr unzufrieden“) herangezogen. Die beiden letzt genannten Erfolgsmerkmale sind so konstruiert, dass ein niedriger Wert einen hohen Erfolg und ein hoher Wert einen weniger hohen Erfolg bzw. eine Verschlechterung darstellt.

4.4 Beschreibung der Psychosomatikstichprobe

In der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine klinische Stichprobe von Patienten, die sich im Zeitraum von November 2000 bis März 2001 oder zwischen August 2002 und Juni 2003 in eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung begeben haben. Die Stichprobengröße der Psychosomatikpatienten beträgt 186 Personen. Die psychosomatische Patientengruppe wird im folgenden genauer anhand der ausgewählten Patienten- und Behandlungsmerkmale charakterisiert. Des weiteren werden Therapieerfolgsmerkmale der Psychosomatikstichprobe vorgestellt.

4.4.1 Patientenmerkmale

Zur genaueren Charakterisierung der Stichprobe werden Angaben zu den Personmerkmalen der Stichprobe gemacht. Es folgen Angaben zu Erkrankungsmerkmalen sowie zur psychischen Belastung der Patienten.

Die **Personmerkmale** sind in Tabelle 4.4.1.1 dargestellt. Die Geschlechterverteilung der Patienten ist relativ ausgeglichen. Das Alter der Patienten liegt zwischen 19 und 66 Jahren. Der Alters-Durchschnitt beträgt 45 Jahre (vgl. Tab. 4.4.1.1). Der größte Teil der Patienten hat die Schule mit der Mittleren Reife abgeschlossen (57%), ein Drittel der Patienten hat jedoch keinen Schulabschluss und nur ein geringer Teil der Stichprobe besitzt einen höheren Schulabschluss (9,1%). Über zwei Drittel der Patienten (72%) leben in einer Partnerschaft. 40,9% der Patienten war zum Aufnahmezeitpunkt ohne Arbeit.

Tabelle 4.4.1.1: Personmerkmale, N = 186

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Alter | Alters-Durchschnitt | 44,92J (Range: 19J-66J) |
| | 18-30J | 07,0% (n = 13) |
| | 31-40J | 24,7% (n = 46) |
| | 41-50 J | 37,1% (n = 69) |
| | 51-60J | 28,0% (n = 52) |
| | über 60 J | 03,2% (n = 6) |
| Geschlecht | Männlich | 48,9% (n = 91) |
| | Weiblich | 51,1% (n = 95) |
| Bildung | kein Schulabschluss: | |
| | Volks, Haupt- u. Sonderschule: | 33,9% (n = 63) |
| | Schulabschluss: | |
| | Mittlere Reife (Realschule, POS): | 57,0% (n = 106) |
| | Hochschulreife (Abitur, EOS): | 05,9% (n = 11) |
| Partnerschaft | Studium: | 03,2% (n = 6) |
| | Partnerschaft | 72,0% (n = 134) |
| Berufliche Situation | Keine Partnerschaft | 28,0% (n = 52) |
| | In Arbeit | 59,1% (n = 110) |
| | ohne Arbeit | 40,9% (n = 76) |

4.4 Methode: Beschreibung der Psychosomatikstichprobe

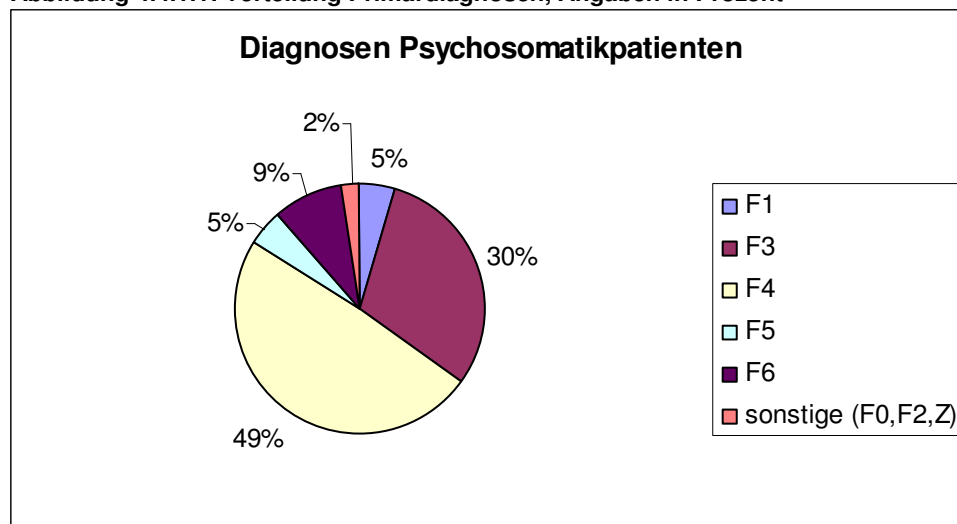
Eine Übersicht über die **Erkrankungsmerkmale** geben Tabellen 4.4.1.2 bis 4.4.1.4. Die angegebenen psychischen Störungsbilder wurden nach dem Diagnosesystem der ICD 10 (Dilling et al., 1993) verschlüsselt. Zur übersichtlicheren Darstellung wurden die Störungsbilder zu den in der ICD 10 angegebenen Überkategorien in Tabelle 4.4.1.2 zusammengefasst.

Tabelle 4.4.1.2: Verteilung der Diagnosen

| Diagnosen | Erstdiagnose Anzahl Patienten | Zweitdiagnose Anzahl Patienten | Drittdiagnose Anzahl Patienten | Viertdiagnose Anzahl Patienten | Gesamt |
|--------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------|
| F0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| F1 | 9 | 43 | 15 | 5 | 72 |
| F2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| F3 | 56 | 15 | 6 | 1 | 78 |
| F4 | 91 | 42 | 8 | 2 | 143 |
| F5 | 9 | 7 | 5 | 0 | 21 |
| F6 | 17 | 13 | 6 | 1 | 37 |
| Sonstige (Z) | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 |

Bezogen auf die Primärdiagnosen weisen die Hälfte der untersuchten Patienten (50%) neurotische Störungsbilder (F4) auf. Am zweit häufigsten sind als Primärdiagnose die affektiven Störungen (F3) mit 29% vertreten. Die restlichen 20% verteilen sich auf alle weiteren Diagnosen (siehe Abb. 4.4.1.1).

Abbildung 4.4.1.1: Verteilung Primärdiagnosen, Angaben in Prozent



Um differenziertere Aussagen über die bzgl. der Diagnosen heterogene Patientengruppe machen zu können, werden vier Haupt-Diagnosegruppen gebildet: Orientiert an den Primärdiagnosen werden zum einen die affektiven Störungen als eine Gruppe zusammengefasst (F3), eine weitere Gruppe bilden die Angststörungen (F40/41); die dritte Gruppe umfasst die Anpassungsstörungen (F43) und schließlich als vierte Gruppe werden die somatoformen Störungen (F45) herausgegriffen (vgl. Tab. 4.4.1.3).

4.4 Methode: Beschreibung der Psychosomatikstichprobe

Tabelle 4.4.1.3: Überblick über Diagnosegruppen nach ICD 10

| Diagnosegruppen | Häufigkeit | Prozent |
|-----------------------------|------------|---------|
| Affektive Störungen (F3) | 56 | 30,1% |
| Angststörungen (F40/41) | 28 | 15,1% |
| Anpassungsstörungen (F43) | 32 | 17,2% |
| Somatoforme Störungen (F45) | 29 | 15,6% |
| Sonstige | 41 | 22,0% |
| Gesamt | 186 | 100,0% |

Bei insgesamt 64% der Patienten liegt eine komorbide psychische Störung vor. Die durchschnittliche Anzahl der psychischen Diagnosen über die gesamte Stichprobe beträgt 1,92. Insgesamt liegt bei 18,8% aller psychosomatischen Patienten eine Persönlichkeitsstörung vor.

In Abgrenzung zu der Studie von Deppe-Schmitz (2008), die eine reine Suchtstichprobe (bzgl. der Primärdiagnosen) untersucht, werden die Ressourcenmuster der Patienten, für die eine Abhängigkeitserkrankung als Primärdiagnose vergeben wurde, in der vorliegende Arbeit (mit Ausnahme für die bereits dargestellte Fragebogenvalidierung des Ressourcenfragebogens RES, vgl. Kap. 4.3.1) für die Untersuchung der für die Studie relevanten Fragestellungen (vgl. Kap. 5) ausgeschlossen, was für 4 von 9 Patienten der Kategorie F1 der psychosomatischen Stichprobe zutrifft (entspricht 2,2% der gesamten Psychosomatikstichprobe).

Tabelle 4.4.1.4: Erkrankungsmerkmale

| | | |
|---|---|----------------------|
| Durchschnittliche Erkrankungsdauer (Jahre) | Angststörung: | 11,05J (n = 75) |
| | Depression: | 3,70J (n = 110) |
| | Schmerzstörung: | 9,71J (n = 55) |
| | Essstörung: | 8,29J (n = 7) |
| | Zwangsstörung: | 6,50J (n = 2) |
| | Alkoholabhängigkeit/-Missbrauch: | 11,95J (n = 20) |
| | Erkrankungsdauer insgesamt: (N= 172) | M= 8,74 J; SD= 10,12 |
| Inanspruchnahme vorheriger Behandlungen | Inanspruchnahme Vorbehandlung: | 33,9% (n = 63) |
| | Keine Vorbehandlung: | 66,1% (n = 123) |
| Vorherige Suizidversuche | Pat. mit vorherigem Suizidversuch: | 18,3% (n = 34) |
| | Pat. ohne vorherigem Suizidversuch: | 81,7% (n = 152) |
| Arbeitsfähigkeit | Arbeitsfähig | 53,2% (n = 99) |
| | Arbeitsunfähig | 46,8% (n = 87) |

Bezüglich der durchschnittlichen Erkrankungsdauer ohne Berücksichtigung, ob die Erkrankung als Erst-, Zweit-, Dritt- bzw. Viertdiagnose vergeben wurde, zeigt sich, dass Angststörungen und Alkoholabhängigkeit/-missbrauch mit über 10 Jahren Dauer die längsten Zeiträume aufweisen. Die kürzeste Erkrankungsdauer liegt mit unter vier Jahren für Depressionen vor. Nur ca. ein Drittel der Patienten (33,9%) hat sich bereits vor Beginn der psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme in psychotherapeutische Behandlung

4.4 Methode: Beschreibung der Psychosomatikstichprobe

(stationär oder ambulant) begeben. Ein Fünftel der Patienten (18,3%) hatte bereits vor Beginn der Rehabilitationsbehandlung mindestens einen Suizidversuch hinter sich. Etwas weniger als die Hälfte der Patienten (46,8%) war zu Rehabilitationsbeginn krank geschrieben.

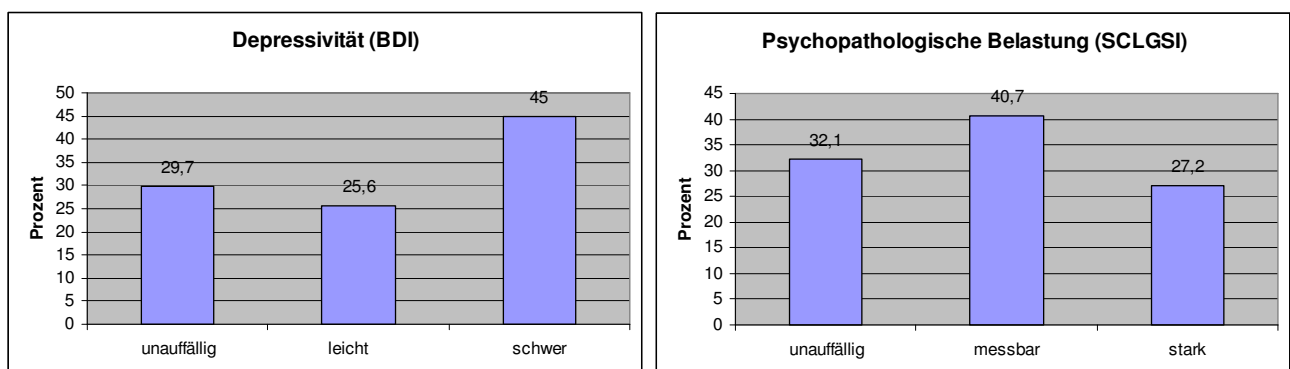
Zur Beschreibung der **psychischen Belastung** der Patienten werden Mittelwerte und Standardabweichung der Depressionsskala von Beck und der SCL 90-R von Derogatis (Skalenwerte sowie des Gesamtwert GSI) in Tabelle 4.4.1.5 dargestellt.

Tabelle 4.4.1.5: Psychische Belastung

| | | M | SD |
|--|------------------------------------|---------------|---------------|
| Depressivität BDI (N = 160) | BDIGES | 16,175 | 10,033 |
| Psychopathologische Belastung SCL90R (N= 184) | Somatisierung (SOMA) | 1,098 | 0,806 |
| | Zwanghaftigkeit (ZWAN) | 1,281 | 0,870 |
| | Unsicherheit (UNSI) | 1,102 | 0,864 |
| | Depressivität (DEPR) | 1,363 | 0,843 |
| | Ängstlichkeit (ANGS) | 1,177 | 0,867 |
| | Aggressivität (AGGR) | 0,880 | 0,719 |
| | Phobische Angst (PHOB) | 0,830 | 0,933 |
| | Paranoides Denken (PARA) | 1,061 | 0,830 |
| | Psychotizismus (PSYC) | 0,698 | 0,635 |
| | Psychopath. Belastung (GSI) | 1,091 | 0,690 |
| | (NORMGSI) | 63,72 | 9,90 |

Zur besseren Einordnung der untersuchten Stichprobe wurden für die SCL 90-R Normwerte für den Gesamtbeschwerdeindex GSI gebildet. Demnach liegt bei insgesamt 67,9% der Patienten eine mindestens deutlich messbare psychische Belastung vor (n= 125), dabei liegen 27,2 % der Patienten (n= 50) noch über dem Cut-Off-Wert für eine starke psychische Belastung (Abb. 4.4.1.2). Insgesamt liegt der Mittelwert der Stichprobe mit 63,72 (SD = 9,90) im klinisch relevanten Bereich. Der BDI-Gesamtwert liegt mit 16,1 im mittleren Bereich, aber noch knapp unter dem klinisch relevanten Bereich. Aber bei immerhin 45% der Patienten (n = 72,) liegt eine klinisch relevante Depressivität vor. 29,7% der Patienten (n = 47) liegen im unauffälligen Bereich (siehe Abb. 4.4.1.2).

Abbildung 4.4.1.2: Psychische Belastung zu Therapiebeginn, N= 184, bzw. 160



4.4.2 Behandlungsmerkmale

Die untersuchten Patienten befanden sich durchschnittlich 42,25 Tage in der Klinik, wobei der kürzeste Aufenthalt 6 Tage und der längste Aufenthalt 84 Tage betrug. 18,3% der Patienten beendete die Behandlung aus verschiedenen Gründen vorzeitig (siehe Tabelle 4.4.2.1). Drei Viertel der Patienten (74,2%) wurde bei Entlassung von den Ärzten als arbeitsfähig eingestuft, was eine signifikante Veränderung zum Behandlungsbeginn darstellt. Von den zu Therapiebeginn arbeitsfähigen Patienten erhielten 90,4% der Patienten auch zu Therapieende weiterhin ihre Arbeitsfähigkeit. Die Wiederherstellungsquote (Patienten, die arbeitsunfähig aufgenommen und arbeitsfähig entlassen werden) liegt bei 57,5% (vgl. Anhang B, Tab. B8). 5,9% der Patienten wurde zum Abschluss der Behandlung zusätzlich als erwerbsunfähig eingestuft.

Tabelle 4.4.2.1: Behandlungsmerkmale

| | | |
|-------------------------|--|---|
| Behandlungsdauer | Durchschnitt: | 42,25 Tage (Min 6, Max 84; SD= 10,61) |
| Entlassmodus | Regulär Vorzeitig aus medizinischen Gründen Vorzeitig Abbruch Vorzeitig disziplinarische Entlassung | 81,7% (n = 152) 7,5% (n = 14) 9,7% (n = 18) 1,1% (n = 2) |
| Arbeitsfähigkeit | arbeitsfähig arbeitsunfähig keine Einschätzung möglich* | 74,2% (n = 138) 24,7% (n = 46) (n = 2) |
| Erwerbsfähigkeit | erwerbsfähig erwerbsunfähig | 94,1% (n = 175) 05,9% (n = 11) |

*bereits berentet

Die psychische Belastung liegt sowohl für die Depressivität als auch die psychopathologische Belastung zum Ende der Therapie im unteren pathologischen Bereich: die psychosomatischen Patienten weisen im Durchschnitt nach wie vor eine messbare psychopathologische Belastung als auch eine leichte Depressivität auf. Die durchschnittliche Veränderung der psychischen Belastung der Psychosomatikpatienten wurde sowohl für die Depressivität als auch die psychopathologische Belastung im Sinne eines Rückgangs der Beschwerden statistisch bedeutsam (vgl. auch Anhang B, Tab. B9).

Tabelle 4.4.2.2: Psychische Belastung

| Psychische Belastung zu Therapieende | M | SD | N |
|--|------------|-----------|-----------|
| Depressivität (XBDIGES) | 11,58 | 10,61 | 144 |
| Psychopath. Belastung (XSCLGSI) | ,88 | 0,75 | 165 |
| (XNORMGSI) | 58,86 | 12,82 | 165 |
| Veränderung psychische Belastung | M | ES | SD |
| Depressivität (BDIGES-XBDIGES) | 4,27 | ,67 | 9,01 |
| Psychopath. Belastung (SCLGSI-XSCLGSI) | ,22 | ,49 | 0,75 |
| Zusammenhang Veränderung psychische Belastung | Kor | | |
| (BDIGES-XBDIGES- SCLGSI-XSCLGSI) | ,622 | p=,000 | (N= 132) |

4.4.3 Längerfristige Therapieerfolgsmerkmale

Für die längerfristigen Therapieerfolgskriterien, welche im Rahmen der ein Jahr nach Behandlungsende durchgeführten Katamnese erhoben wurden, zeigt sich für die psychosomatischen Patienten eine durchschnittliche Krankheitsdauer nach Behandlungsende von 16,65 Wochen (siehe Tab. 4.4.3.1). 81,7 % der arbeitsunfähigen Patienten waren mehr als zwei Wochen krank geschrieben. Insgesamt 46,6% der Patienten waren im Katamnesezeitraum arbeitsunfähig, was eine bedeutsame Zunahme an arbeitsunfähigen Patienten im Vergleich zum Entlasszeitpunkt bedeutet (vgl. Anhang B, Tab. B10). Zur Stabilität der Arbeitsfähigkeit über den Katamnesezeitraum zeigt sich, dass 64,9% der Patienten, die bereits zum Entlasszeitpunkt arbeitsfähig waren, ihre Arbeitsfähigkeit auch bis zum Katamnesezeitpunkt erhalten haben (vgl. Anhang B, Tab. B10). Betrachtet man nur die Gruppe der zu Therapiebeginn arbeitsunfähigen Patienten, zeigt sich, dass von der Gruppe der arbeitsunfähigen Patienten 41,8% dieser Patienten im Katamnesezeitraum durchgängig arbeitsfähig sind (vgl. Anhang B, Tab. B11).

Tabelle 4.4.3.1: Längerfristige Therapieerfolgskriterien

| | | n | % |
|---|--|----|------|
| Arbeitsfähigkeit | Arbeitsfähigkeit im Katamnesezeitraum | 78 | 53,4 |
| | Arbeitsunfähigkeit (AU) im Katamnesezeitraum gesamt | 68 | 46,6 |
| | Angaben zur AU-Dauer (N= 60) | 11 | 18,3 |
| | • bis zu 2 Wochen arbeitsunfähig | 49 | 81,7 |
| | • mehr als zwei Wochen arbeitsunfähig | | |
| | Durchschnittliche AU-Dauer in Wochen (Range 0-80, N= 134) | | |
| | M SD | | |
| | 7,46 15,19 | | |
| Therapiebewertung aus Patientensicht | 1= Sehr viel besser | 18 | 12,3 |
| | 2= Viel besser | 31 | 21,2 |
| | 3= Etwas besser | 41 | 28,1 |
| | 4= Unverändert | 36 | 24,7 |
| | 5= Etwas schlechter | 9 | 6,2 |
| | 6= Viel schlechter | 9 | 6,2 |
| | 7= Sehr viel schlechter | 2 | 1,4 |
| | M SD | | |
| | 3,15 1,40 | | |
| Zufriedenheit | 1= sehr zufrieden | 11 | 8,1 |
| | 2 | 24 | 17,8 |
| | 3 | 46 | 34,1 |
| | 4 | 24 | 17,8 |
| | 5 | 18 | 13,3 |
| | 6= sehr unzufrieden | 12 | 8,9 |
| | M SD | | |
| | 3,37 1,38 | | |

Bezüglich der rückblickenden Therapiebewertung aus Patientensicht ist aus Tabelle 4.4.3.1 zu entnehmen, dass 24,7% der Patienten keine Veränderung durch die Behandlung erlebt haben. 13,8% der Patienten haben eine Verschlechterung seit Behandlungsbeginn erlebt. 61,6% der Patienten haben eine Verbesserung wahrgenommen. 60% der Patienten geben insgesamt an, eher zufrieden mit ihrer aktuellen Lebenssituation ein Jahr nach der Behandlung zu sein (Skalierung 1-3), wobei insgesamt nur 8,1% sehr zufrieden sind (vgl. Tab. 4.4.3.1) .

4.5 Nonresponderanalysen

Tabelle 4.5.1 gibt einen Überblick über die Drop-Out-Quoten zu den unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten für die Psychosomatikstichprobe: 14,8% der Psychosomatikpatienten haben nur den Ressourcenfragebogen zum Behandlungsbeginn ausgefüllt. 18,1% der Psychosomatikpatienten haben nicht an der Katamnesebefragung teilgenommen.

Tabelle 4.5.1: Drop-Out-Quoten

| | | Ressourcenfragebogen (RES) Behandlungsbeginn | Ressourcenfragebogen (RES) Behandlungsbeginn und -ende |
|--------------------------------------|---------------------|---|---|
| Psychosomatik- stichprobe | Anzahl % | 27 14,8% | 155 85,2% |
| | | Keine Katamnese | Katamnese |
| Psychosomatik- stichprobe | Anzahl % | 33 18,1% | 149 81,9% |

Es werden nun die Charakteristika der verschiedenen Substichproben der Psychosomatikstichprobe beschrieben. Entsprechende Ergebnisse zur Suchtstichprobe sind ausführlich in der Studie von Deppe-Schmitz (2008) nachzulesen. Zunächst werden Ergebnisse dargestellt zum Vergleich zwischen den Patienten, die zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt den Ressourcenfragebogen (RES) beantwortet haben und den Patienten, für die nur zu Therapiebeginn den Ressourcenfragebogen vorlag. Weiterhin werden die Patienten verglichen, die an der Katamnesebefragung teilgenommen haben, mit den Patienten, die eine Beantwortung des Katamnesefragebogens abgelehnt haben.

4.5.1 Vergleich Psychosomatikpatienten mit/ohne Ressourcendiagnostik zu Therapieende

Beim Vergleich der psychosomatischen Patientengruppe, für die zu Therapiebeginn und -ende ein Ressourcenfragebogen vorlag, mit den Patienten, die nur zu Behandlungsbeginn einen solchen Fragebogen ausfüllten, ergaben sich für die verschiedenen **Personmerkmale** keine bedeutsamen Unterschiede mit Ausnahme des

Geschlechtsverhältnisses: Patienten, die nur zu Behandlungsbeginn einen RES-Fragebogen ausfüllten, waren überwiegend männlich. In der anderen Gruppe ist das Geschlechterverhältnis hingegen relativ ausgewogen. Für das Vorliegen einer Partnerschaft ergab sich ein marginaler Unterschied: Patienten, die nur zu Behandlungsbeginn den Ressourcenfragebogen ausfüllten, leben häufiger in Partnerschaft (Anteil Partnerschaft 85,2%). In der anderen Gruppe beträgt der Anteil an Patienten mit Partner 69,7%. Insgesamt konnten für die **Erkrankungsmerkmale** keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Nur für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit zeigte sich ein marginaler Unterschied, wonach Patienten, die nur zu Beginn einen Ressourcenfragebogen ausfüllten, vor Behandlungsbeginn tendenziell länger krankgeschrieben waren. Beide Patientengruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer **psychischen Belastung** (vgl. Anhang B, Tab. B12-B14).

Hingegen ergaben sich bedeutsame Unterschiede für die **Behandlungsmerkmale** für alle erhobenen Merkmale mit Ausnahme der psychischen Belastung zum Behandlungsende (Depressivität im BDI, psychopathologische Belastung in der SCL 90, vgl. Anhang B; Tab. B16). Patienten, die nur zu Behandlungsbeginn einen Ressourcenfragebogen ausfüllten, wurden kürzer behandelt und eher vorzeitig entlassen. Des weiteren wurden diese Patienten eher als arbeitsunfähig und/oder erwerbsunfähig zu Behandlungsende eingeschätzt (vgl. Anhang B, Tab. B15).

Der Vergleich der **Ressourcenrealisierung** zeigt nur für den Bereich *Nahe Beziehungen* einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen, wobei Patienten, die nur zu Beginn einen Ressourcenfragebogen ausfüllten mehr Ressourcen zu Behandlungsbeginn im Bereich *Nahe Beziehungen* realisierten (vgl. Anhang B, Tab. B17).

Insgesamt können die Ergebnisse dahingehend interpretiert werden, dass sich die Patienten zu Behandlungsbeginn nur unwesentlich voneinander unterscheiden haben. Von den sog. „Behandlungsabbrechern (vorzeitige Entlassung, kürzere Behandlungsdauer, Entlassung eher arbeits- bzw. erwerbsunfähig) liegt häufiger kein Ressourcen-Fragebogen zum Behandlungsende vor, was bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss, da hier von einer „Positiv“-Auswahl der Patienten, die auch zum Therapieende einen Ressourcenfragebogen ausgefüllt haben, auszugehen ist.

4.5.2 Vergleich Psychosomatikpatienten mit/ohne Katamnese

Vergleicht man die Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt antworteten, mit den Patienten, die auf die Katamnese nicht reagierten, zeigt sich in Bezug auf die **Personmerkmale** ein bedeutsamer Unterschied in der beruflichen Situation zu Therapiebeginn: Bei den Patienten, die nicht antworteten, verfügen die meisten (75,8%) über einen Arbeitsplatz. In der anderen Gruppe ist das Verhältnis zwischen Patienten, die einen Arbeitsplatz haben und arbeitslosen Patienten relativ ausgewogen. Marginal unterscheiden sich die Patienten der beiden Gruppen hinsichtlich der Altersstruktur: Patienten, die in der Katamnese antworteten sind im Durchschnitt tendenziell älter. Beide Patientengruppen unterscheiden sich weder im Hinblick auf ihre **Erkrankungsmerkmale** noch bezüglich der **psychischen Belastung** zu Therapiebeginn (vgl. Anhang B, Tab. B18-20).

Auch bei den **Behandlungsmerkmalen** liegen keine signifikanten Unterschiede vor (vgl. Anhang B, Tab. B21, B22).

Für die **Ressourcenrealisierung** konnten ebenfalls weder zum Behandlungsbeginn noch zum Behandlungsende bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gefunden werden (vgl. Anhang B, Tab. B23, B24).

Insgesamt zeigen sich zwischen den beiden hier verglichenen Patientengruppen nur geringfügige Unterschiede, so dass von einer Vergleichbarkeit der Gruppen ausgegangen werden kann.

4.6 Statistische Verfahren

Zur Überprüfung der psychometrischen Qualitäten des Ressourcenfragebogens (RES) wurden Faktorenanalysen (siehe auch Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2000) durchgeführt. Es erfolgte die Berechnungen von Trennschärfen sowie Itemschwierigkeiten. Zur Reliabilitätsbestimmung wurden Cornbach-Alpha als auch Split-Half-Reliabilitäten nach Spearman und Gutman bestimmt (vgl. auch Lienert, 1989). Darüber hinaus wurden die arithmetischen Mittelwerte, Standardabweichungen und Häufigkeitsverteilungen der Skalen berechnet (vgl. Bortz, 1999).

Für die Beantwortung der inhaltlichen Fragestellungen wurde neben Verfahren der prüfenden Statistik (T-Tests für unabhängige und abhängige Stichproben, bei Nominaldaten

Chi-Quadrat-Tests; Pearson-Korrelationen, Partialkorrelationen, vgl. Bortz, 1999) multivariate Verfahren wie lineare Regressionsanalysen und Varianzanalysen bzw. Kovarianzanalysen (vgl. Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2000) verwendet.

Es wurde, wenn nicht anders angegeben, ein Signifikanzniveau von 5% angewandt. Eine Adjustierung des Alpha-Niveaus wird für den Ressourcenfragebogen (RES) über die Bonferroni-Korrektur vorgenommen und ist entsprechend im Text bzw. Tabellen zusätzlich gekennzeichnet (siehe auch Bortz, 1999).

Zur besseren Vergleichbarkeit der verschiedenen Analysen erfolgte in Anlehnung an Bortz und Döring (2002) bzw. Cohen (1988) eine Berechnung von Effektstärken. Bezüglich der Interpretation der Effektstärken wird den üblichen Konventionen gefolgt (vgl. auch Bortz & Döring, 2002). Statistisch verarbeitet wurden die Daten mit dem Statistikprogramm SPSS.

5 Ergebnisse

Die folgende Ergebnisdarstellung orientiert sich an der Gliederung der Fragestellung und lässt sich in sieben Abschnitte unterteilen. Während sich Kapitel 5.1 bis 5.6 ausschließlich auf die Untersuchung der Psychosomatikstichprobe beziehen, erfolgt in Kapitel 5.7 ein Vergleich der psychosomatischen Stichprobe mit der von Deppe-Schmitz (2008) untersuchten Suchtstichprobe³. Jedem Unterkapitel schließt sich eine übersichtliche Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse an.

5.1 Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn

Im Mittelpunkt des vorliegenden Kapitels steht die Darstellung der Ressourcenrealisierung von psychosomatischen Patienten zu Beginn einer stationären Rehabilitationsbehandlung. Zur besseren Einordnung der untersuchten Stichprobe wird diese in Bezug zu einer nicht-klinischen und einer ambulanten Stichprobe gesetzt.

Die Betrachtung der Mittelwerte der einzelnen Ressourcenbereiche ergibt, dass die Ressourcenrealisierung der psychosomatischen Patienten insgesamt im mittleren Bereich (für RESGES: $M = 3,26$, $SD = 0,80$) liegt, was bedeutet, dass die Patienten bei Zugrundelegung der 7-stufigen Antwortskala (0= nie, 3 = zeitweise, 6= sehr häufig; vgl. Fragebogen zur Ressourcenrealisierung RES, Anhang A1) im Durchschnitt „zeitweise“ Ressourcen realisieren. Bei Betrachtung der einzelnen Ressourcenbereiche fällt auf, dass die Ressourcenrealisierung zu Behandlungsbeginn am niedrigsten in den Bereichen *Wohlbefinden*, *Stressbewältigung* und *Selbstwerterleben* ausgeprägt ist. Am meisten Ressourcen realisieren psychosomatische Patienten hingegen in *nahen Beziehungen* und *Sinnfindung* (siehe Tab. 5.1.1; 5.1.2 sowie Abb. 5.1.1).

Der Vergleich der Ressourcenrealisierung der Psychosomatikpatienten mit einer **nicht-klinischen Stichprobe** (Trösken, 2002) zeigt für alle Ressourcenbereiche bedeutsame Unterschiede, die auch nach Anwendung der Bonferroni-Korrektur für alle Bereiche mit Ausnahme des Bereiches *Nahe Beziehungen* mind. noch auf einem 5%-Niveau signifikant sind: Psychosomatische Patienten realisieren bedeutsam weniger Ressourcen als gesunde Personen. Am stärksten ist der Unterschied zwischen der psychosomatischen und nicht-klinischen Stichprobe für den Bereich *Stressbewältigung* sowie für den *Ressourcengesamtwert*: hier liegen große Effekte vor. Für *Wohlbefinden* und *Positives*

³ Dieses Kapitel (5.7) wurde gemeinsam verfasst und ist analog in der Dissertation von Deppe-Schmitz (2008) zu finden.

5.1 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn

Selbstkonzept sind die Effektstärken im mittleren Bereich anzusiedeln und für die übrigen Ressourcenbereiche als klein einzustufen (vgl. Tab. 5.1.1, Abb. 5.1.1).

Tabelle 5.1.1: T-Tests für unabhängige Stichproben, Ressourcenrealisierung für Psychosomatikpatienten (PS) und nicht-klinische Stichprobe (NK, Trösken, 2002)

| | Nicht-Klinische Stichprobe (NK) (N = 287) | | Psychosomatik-Stichprobe (PS) (N = 175-181) | | T | df | Sig. (1-seitig) | K ³ | d |
|--|--|------------------|--|------|-------------------|--------------|--------------------|----------------|-----|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden RESA | 3,45 | ,86 | 2,67 N = 181 | 1,15 | 7,77 | 466 | <,001 | ** | ,74 |
| Stressbewältigung RESB | 3,60 | ,83 | 2,80 N = 179 | 0,92 | 9,48 | 464 | <,001 | ** | ,90 |
| Unterstützung RESC | 3,58 | ,97 | 3,19 N = 181 | 1,32 | 3,43 | 466 | <,001 | ** | ,33 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,41 | ,68 | 3,04 N = 179 | ,86 | 4,88 | 464 | <,001 | ** | ,47 |
| Selbstwerterleben RESE | 3,36 | ,92 | 2,88 N = 178 | 1,15 | 4,71 | 463 | <,001 | ** | ,45 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 4,13 | ,66 | 3,43 N = 180 | 1,02 | 8,19 | 465 | <,001 | ** | ,78 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,56 | ,74 | 4,33 N = 175 | 1,20 | 2,28 | 460 | ,01 | n. sig. | ,22 |
| Sinnfindung RESH | 4,05 | ,71 | 3,77 N = 175 | ,93 | 3,42 | 460 | <,001 | ** | ,33 |
| Ressourcengesamtwert RESGES ¹ | 3,78 | ,80 ¹ | 3,26 N = 179 | ,80 | 8,67 ² | 178 (460) | <,001 | ** | ,81 |

¹Angaben über N sowie SD der NK für RESGES fehlen, so dass die durchschnittliche Streuung über die 8 Bereiche der NK verwendet wird. ²T-Test für eine Stichprobe (Angaben über SD für NK fehlt für RESGES), ³Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, für Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, für Alpha auf 10%-Niveau < 0,01⁺

Um die psychosomatische Patientengruppe vor dem Hintergrund der nicht-klinischen Vergleichsstichprobe einordnen und bewerten zu können, wurden orientiert an den Mittelwerten (M) und Standardabweichungen (SD) der nicht-klinischen Population (NK) drei Untergruppen gebildet:

- geringe Ressourcenrealisierung ($M_{NK}-1SD_{NK}$),
- mittlere Ressourcenrealisierung (Werte zwischen geringer und hoher Ressourcenrealisierung),
- hohe Ressourcenrealisierung ($M_{NK}+1SD_{NK}$).

Für jeden einzelnen Ressourcenbereich wurde geprüft, wie hoch der Anteil an Psychosomatik-Patienten in den jeweiligen Gruppen ist (siehe Tab. 5.1.2). Für den *Ressourcengesamtwert* (RESGES) zeigt sich, dass sich die meisten Patienten mit 60,9% im Bereich der **mittleren Ressourcenrealisierung** befinden. Am geringsten mit insgesamt 4,5% ist der Anteil an Psychosomatikpatienten im Bereich der **hohen Ressourcenrealisierung** vertreten. Insgesamt 34,6% der untersuchten Psychosomatikpatienten verfügen über eine nur **geringe Ressourcenrealisierung** bezogen

5.1 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn

auf den *Ressourcengesamtwert*. Die Betrachtung der einzelnen Ressourcenbereiche zeigt, dass besonders viele Patienten in den Bereichen *Wohlbefinden*, *Stressbewältigung* und *Positives Selbstkonzept* nur über eine geringe Ressourcenrealisierung verfügen und für die Bereiche *Unterstützung* und *Nahe Beziehungen* der Anteil an Patienten, die über eine hohe Ressourcenrealisierung verfügen, am stärksten ist, was sich mit den obigen Ergebnissen zu den gefundenen Gruppenunterschieden deckt (ausführlichere Angaben zu den einzelnen Ressourcenbereichen siehe Tab. 5.1.2).

Tabelle 5.1.2: Geringe, mittlere, hohe Ressourcenrealisierung für Psychosomatikpatienten , N = 175-181

| | Geringe Ressourcenrealisierung | Mittlere Ressourcenrealisierung | Hohe Ressourcenrealisierung |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| | % | % | % |
| Wohlbefinden RESA | 45,9 | 46,9 | 7,2 |
| Stressbewältigung RESB | 44,7 | 51,9 | 3,4 |
| Unterstützung RESC | 28,7 | 52,5 | 18,8 |
| Krisenbewältigung RESD | 36,3 | 52,0 | 11,7 |
| Selbstwerterleben RESE | 32,6 | 53,4 | 14,0 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 52,8 | 37,8 | 9,4 |
| Nahe Beziehungen RESG | 28,6 | 48,0 | 23,4 |
| Sinnfindung RESH | 33,7 | 52,6 | 13,7 |
| Ressourcengesamtwert RESGES ¹ | 34,6 | 60,9 | 4,5 |

¹Angaben über N sowie SD der NK für RESGES fehlen, so dass die durchschnittliche Streuung über die 8 Bereiche der NK verwendet wurde.

Neben der bereits erwähnten nicht-klinische Stichprobe wurde zusätzlich auch eine Stichprobe **ambulanter Psychotherapiepatienten** (Tröskén, 2002) herangezogen und mittels T-Tests für unabhängige Stichproben mit den Psychosomatikpatienten verglichen. Mit Ausnahme der drei Bereiche *Sinnfindung*, *Nahe Beziehungen*, *Positives Selbstkonzept*, für die auch nur kleine Effekte gefunden werden konnten, ergaben sich keine Unterschiede zwischen der ambulanten und der psychosomatischen stationären Stichprobe. In den Bereichen *Sinnfindung* und *Nahe Beziehungen* weisen die psychosomatischen Patienten signifikant höhere Ressourcenwerte als die ambulante Stichprobe auf. Die Bonferroni-Korrektur ergab nur für den Bereich *Nahe Beziehungen* noch ein signifikantes Ergebnis (siehe Tab. 5.1.3, Abb. 5.1.1).

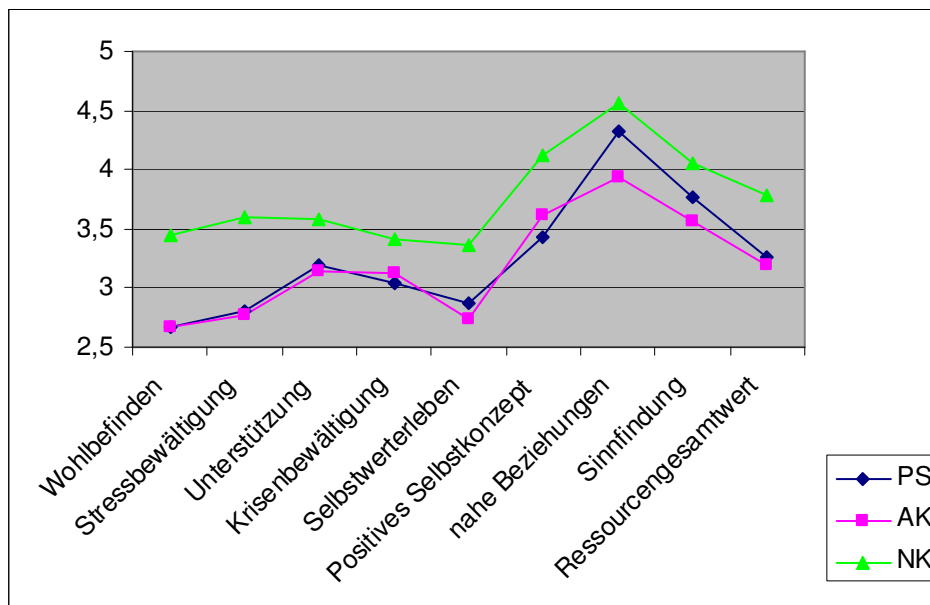
5.1 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn

Tabelle 5.1.3: T-Tests für unabhängige Stichproben; Ressourcenrealisierung für Psychosomatikpatienten (PS) und ambulante klinische Stichprobe (AK, Tröskén, 2002)

| | Ambulante Psychotherapie Stichprobe (AK) | | Psychosomatik-Stichprobe (PS) (N = 175-181) | | T | df | Sig. (1-seitig) | K ³ | d |
|--|--|------------------|---|------|-------------------|--------------|-----------------|----------------|------|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden RESA | 2,67 N = 70 | 1,01 | 2,67 N = 181 | 1,15 | ,00 | 249 | n.sig. | n.sig. | ,00 |
| Stressbewältigung RESB | 2,77 N = 69 | ,95 | 2,80 N = 179 | 0,92 | -,22 | 246 | n.sig. | n.sig. | -,03 |
| Unterstützung RESC | 3,14 N = 69 | 1,05 | 3,19 N = 181 | 1,32 | -,31 | 248 | n.sig. | n.sig. | -,04 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,13 N = 68 | ,76 | 3,04 N = 179 | ,86 | ,80 | 245 | n.sig. | n.sig. | ,11 |
| Selbstwerterleben RESE | 2,74 N = 70 | 1,01 | 2,88 N = 178 | 1,15 | -,94 | 246 | n.sig. | n.sig. | -,13 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,62 N = 70 | ,79 | 3,43 N = 180 | 1,02 | 1,57 | 248 | <.05 | n.sig. | ,22 |
| Nahe Beziehungen RESG | 3,93 N = 69 | 1,05 | 4,33 N = 175 | 1,20 | -2,571 | 242 | <.005 | * | -,37 |
| Sinnfindung RESH | 3,56 N = 69 | ,90 | 3,77 N = 175 | ,93 | -1,63 | 242 | <.05 | n.sig. | -,23 |
| Ressourcengesamt- wert RESGES ¹ | 3,20 ¹ | ,80 ¹ | 3,26 N = 179 | ,80 | ,984 ² | 178 (242) | ,164 | n.sig. | ,04 |

¹Geschätztes M und SD (Angaben über N für RESGES sowie SD für AK fehlen), ²T-Test für eine Stichprobe (Angaben über SD für AK fehlt für RESGES), ³Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, für Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, für Alpha auf 10%-Niveau < 0,01+

Abbildung 5.1.1: Mittelwerte der Ressourcenrealisierung von Psychosomatikpatienten (PS), ambulanten Psychotherapiepatienten (AK) und einer nicht-klinischen Stichprobe (NK)



5.1 Zusammenfassung:

Es wurde die Ressourcenrealisierung von Patienten zu Beginn einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung untersucht: Psychosomatikpatienten sind zu Beginn einer stationären Rehabilitationsbehandlung durch ein mittleres Ausmaß an Ressourcenrealisierung gekennzeichnet, wobei am meisten Ressourcen in Nahen Beziehungen und Sinnfindung und am wenigsten Ressourcen in Wohlbefinden, Stressbewältigung und Selbstwerterleben realisiert werden. Dieses Profil ist weitestgehend auch bei der nicht-klinischen als auch der ambulanten Stichprobe vorzufinden. Psychosomatische Patienten realisieren insgesamt signifikant weniger Ressourcen zu Therapiebeginn in allen Ressourcenbereichen als Personen einer nicht-klinischen Population, dabei beträgt der Anteil an Patienten, die im Vergleich zur nicht-klinischen Stichprobe über eine deutlich niedrigere Ressourcenrealisierung verfügen, 34,6% bezogen auf den Ressourcengesamtwert. Besonders deutlich werden die Unterschiede zwischen der stationären und gesunden Stichprobe in den Bereichen Wohlbefinden, Stressbewältigung und im positiven Selbstkonzept. Im Vergleich zur ambulanten Stichprobe realisieren die Psychosomatikpatienten im Bereich Positives Selbstkonzept weniger Ressourcen. In allen übrigen Bereichen verfügen die Psychosomatikpatienten mindestens über genauso viele Ressourcen wie die ambulanten Psychotherapiepatienten. In den Bereichen Nahe Beziehungen und Sinnfindung ist die Ressourcenrealisierung der Psychosomatikpatienten höher ausgeprägt als bei den ambulanten Psychotherapiepatienten. Es liegen jeweils für die vorgefundenen Unterschiede zur ambulanten Patientengruppe jedoch nur kleine Effekte vor.

5.2 Veränderung der Ressourcenrealisierung

Der Fokus der folgenden Ergebnisdarstellung richtet sich auf die Veränderung der Ressourcenrealisierung im therapeutischen Verlauf. Von Interesse ist hier zum einen, welche Ressourcen psychosomatische Patienten zum Behandlungsende einer stationären Rehabilitationsbehandlung realisieren. Es wird zum anderen untersucht, in welchen Ressourcenbereichen bei Patienten ein Ressourcenzuwachs zu verzeichnen ist. Die Ressourcenrealisierung bzw. deren Veränderung wird analog zu Kapitel 5.1 auch zum Therapieende in Bezug zu der bereits herangezogenen nicht-klinischen Stichprobe gesetzt und individuelle Veränderungen der Patienten hinsichtlich ihrer statistischen und klinischen Signifikanz geprüft.

5.2 Ergebnisse: Veränderung der Ressourcenrealisierung

Bei Betrachtung der Mittelwerte der einzelnen **Ressourcenbereiche zu Therapieende** untereinander zeigt sich ein ähnliches Muster wie zu Therapiebeginn: Psychosomatische Patienten realisieren auch zu Behandlungsende am meisten Ressourcen in *Nahen Beziehungen*. Am wenigsten Ressourcen werden zum Ende der Behandlung in den drei Bereichen *Stressbewältigung*, *Krisenbewältigung* und *Wohlbefinden* realisiert, was sich bis für den Bereich *Krisenbewältigung* mit den Ergebnissen zu Therapiebeginn deckt (siehe auch Tab. 5.2.1; sowie Abb. 5.2.1).

Tabelle 5.2.1: T-Tests für abhängige Stichproben: Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn u. -ende

| | Therapieende | | Therapiebeginn | | T | df | Sig. (1-seitig) | K ¹ | d' |
|--|--------------|------|----------------|------|-------|-----|-----------------|----------------|-----|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden XRESA-RESA | 3,33 | 1,14 | 2,69 | 1,13 | 5,921 | 153 | ,000 | ** | ,69 |
| Stressbewältigung XRESB-RESB | 3,24 | 1,06 | 2,79 | 0,88 | 4,901 | 150 | ,000 | ** | ,56 |
| Unterstützung XRESC-RESC | 3,59 | 1,30 | 3,19 | 1,32 | 3,581 | 153 | ,000 | ** | ,41 |
| Krisenbewältigung XRESD-RESD | 3,22 | 1,01 | 3,07 | ,80 | 1,773 | 150 | ,040 | n. sig. | ,23 |
| Selbstwerterleben XRESE-RESE | 3,53 | 1,22 | 2,89 | 1,12 | 6,249 | 150 | ,000 | ** | ,66 |
| Pos. Selbstkonzept XRESF-RESF | 3,75 | 1,07 | 3,45 | 0,98 | 4,080 | 152 | ,000 | ** | ,47 |
| Nahe Beziehungen XRESG-RESG | 4,37 | 1,16 | 4,26 | 1,22 | 1,579 | 145 | ,058 | n. sig. | ,05 |
| Sinnfindung XRESH-RESH | 3,99 | 1,06 | 3,75 | ,92 | 3,552 | 149 | ,001 | * | ,35 |
| Ressourcen-gesamtwert XRESGES-RESGES | 3,62 | ,93 | 3,26 | ,77 | 5,668 | 151 | ,000 | ** | ,61 |

¹ Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Im Vergleich zur nicht-klinischen Stichprobe realisieren die Psychosomatikpatienten nur noch in den Bereichen *Stress-* und *Krisenbewältigung* als auch im *Positiven Selbstkonzept* weniger Ressourcen (vgl. Tab. 5.2.2), welche für die *Stressbewältigung* und ein *Positives Selbstkonzept* auch nach Bonferroni-Korrektur noch signifikant sind. Es handelt sich um kleine Effekte.

5.2 Ergebnisse: Veränderung der Ressourcenrealisierung

Tabelle 5.2.2: T-Tests für unabhängige Stichproben: Ressourcenrealisierung zu Therapieende für Psychosomatikpatienten (PS) u. Ressourcenrealisierung nicht-klinische Stichprobe (NK, Tröskén, 2002)

| | Nicht-Klinische Stichprobe (NK) (N = 287) | | Psychosomatik-Stichprobe (PS) (N = 146-154) | | T | df | Sig. (1-seitig) | K ³ | d |
|--|---|------------------|---|------|-------------------|-----|-----------------|----------------|------|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden RESA | 3,45 | ,89 | 3,33 | 1,14 | 1,13 | 439 | ,13 | n. sig. | ,11 |
| Stressbewältigung RESB | 3,60 | ,83 | 3,24 | 1,06 | 3,63 | 436 | <,001 | ** | ,37 |
| Unterstützung RESC | 3,58 | ,97 | 3,59 | 1,30 | -,08 | 439 | ,47 | n. sig. | -,01 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,41 | ,68 | 3,22 | 1,01 | 2,08 | 436 | ,02 | n. sig. | ,21 |
| Selbstwerterleben RESE | 3,36 | ,92 | 3,53 | 1,22 | -1,50 | 436 | ,07 | n. sig. | -,15 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 4,13 | ,66 | 3,75 | 1,07 | 4,01 | 438 | <,001 | ** | ,40 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,56 | ,74 | 4,37 | 1,16 | 1,80 | 431 | ,04 | n. sig. | ,18 |
| Sinnfindung RESH | 4,05 | ,71 | 3,99 | 1,06 | ,62 | 435 | ,27 | n. sig. | ,06 |
| Ressourcengesamt- wert RESGES ¹ | 3,78 | ,80 ¹ | 3,62 | ,93 | 1,80 ² | 437 | <,04 | n. sig. | ,18 |

¹Angaben über N sowie SD der NK für RESges fehlen, so dass die durchschnittliche Streuung über die 8 Bereiche der NK verwendet wurde. ²T-Test für eine Stichprobe (Angaben über SD für NK fehlt für RESges), ³Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, für Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, für Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Zur Untersuchung von **Veränderungen in der Ressourcenrealisierung** im Therapieverlauf wurde zunächst der korrelative Zusammenhang zwischen der Ressourcenrealisierung zu Behandlungsbeginn und -ende betrachtet, der auch nach Bonferroni-Korrektur durch hohe positive Korrelationen gekennzeichnet ist und mittlere bzw. für den *Ressourcengesamtwert* als auch die Bereiche *Positives Selbstkonzept*, *Nahe Beziehungen* und *Sinnfindung* große Effekte aufweist (vgl. Tab. 5.2.3).

Tabelle 5.2.3: Korrelationen nach Pearson (einseitige Testung), Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und zu Therapieende

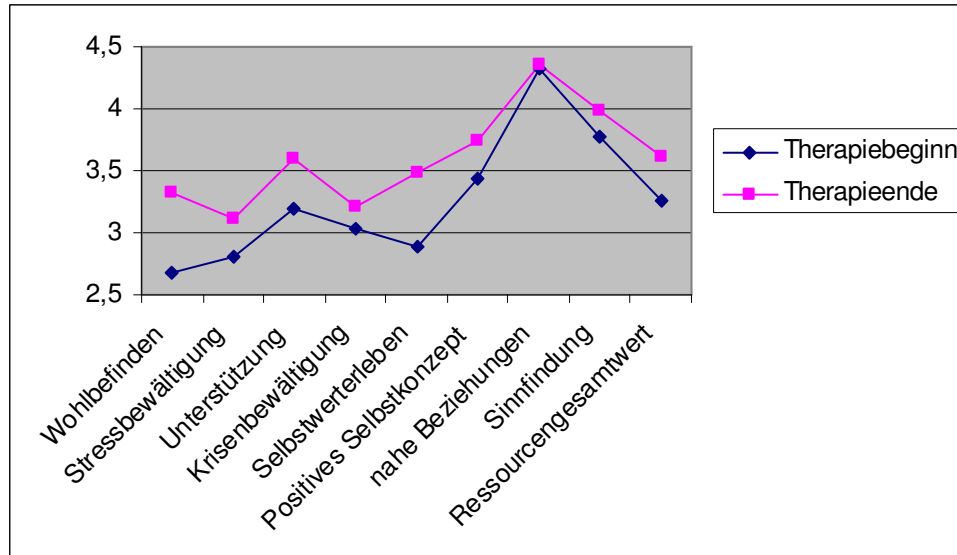
| | RESA- XRESA Wohl- befinden | RESB- XRESB Stressbe- wältigung | RESC- XRESC Unter- stützung | RESD- XRESD Krisenbe- wältigung | RESE- XRESE Selbst- wert- erleben | RESF- XRESF Pos. Selbst- konzept | RESG- XRESG Nahe Be- ziehungen | RESH- XRESH Sinn- findung | RESGES- XRESGES Ressourcen- Gesamtwert |
|---------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--|---|--|---|------------------------------------|---|
| Kor | ,315 | ,343 | ,432 | ,393 | ,427 | ,613 | ,767 | ,661 | ,581 |
| Sig./K¹ | ,000** | ,000** | ,000** | ,000** | ,000** | ,000** | ,000** | ,000** | ,000** |
| N | 154 | 151 | 154 | 151 | 151 | 153 | 146 | 150 | 152 |

Auch der weiterhin durchgeführte Mittelwertsvergleich zeigt in allen Ressourcenbereichen einen signifikanten Ressourcenzuwachs: Psychosomatische Patienten realisieren zu Therapieende mehr Ressourcen als zu Therapiebeginn. Mit Ausnahme für die zwei Bereiche *Krisenbewältigung* und *Nahe Beziehungen*, die auch als einzige Bereiche nach Bonferroni-Korrektur nicht mehr im signifikanten Bereich liegen, konnten für die

5.2 Ergebnisse: Veränderung der Ressourcenrealisierung

einzelnen Ressourcenbereiche mittlere Effektstärken gefunden werden. Der stärkste Zuwachs in der Ressourcenrealisierung liegt für die Bereiche *Wohlbefinden*, *Stressbewältigung* und *Selbstwerverleben* vor (vgl. Tab. 5.2.1; Abb. 5.2.1).

Abbildung 5.2.1: Mittelwerte der Veränderung der Ressourcenrealisierung im Therapieverlauf



Die Betrachtung der **statistisch relevanten individuellen Veränderungen der Ressourcenrealisierung** der Patienten anhand des Reliable Change Index (RCI, Jacobson & Truax, 1991, vgl. auch Kap. 4.3.3) als Maß für statistische Signifikanz zeigt am stärksten ausgeprägte statistische Verbesserungen für die Bereiche *Selbstwerverleben* mit 37,1% sowie 34,4% im *Wohlbefinden* gegenüber 53,9% bezogen auf den *Ressourcengesamtwert*⁴. Der Anteil an Patienten, die keine statistische Veränderung während der Behandlung erzielt haben, liegt für die einzelnen Bereiche zwischen 55,6% für *Wohlbefinden* bis zu 78,7% für den Bereich *Sinnfindung*. Für den *Ressourcengesamtwert*³ hingegen liegt im Vergleich nur für 20,3% der Patienten keine signifikante Veränderung vor. Eine signifikante Verschlechterung konnte bei 21,7% der Patienten bezogen auf den *Ressourcengesamtwert*³ festgestellt werden. Dem gegenüber ergibt sich für die einzelnen Bereiche die am höchsten ausgeprägte signifikante Verschlechterung für die Realisierung *Naher Beziehungen* mit 17,1% und am niedrigsten ausgeprägt für den Bereich *Sinnfindung* mit 6% (siehe Tab. 5.2.4).

⁴ Diese differenten Ergebnisse kommen durch die unterschiedlichen Reliabilitäten und Standardabweichungen für die einzelnen Bereiche im Vergleich zum *Ressourcengesamtwert* zustande, der eine höhere Reliabilität und geringere Streuung der Werte aufweist.

5.2 Ergebnisse: Veränderung der Ressourcenrealisierung

Tabelle 5.2.4 Statistisch signifikante Veränderung der Ressourcenrealisierung

| | Keine Veränderung | Statistisch signifikante Verbesserung | Statistisch signifikante Verschlechterung |
|---|----------------------|---|---|
| Wohlbefinden XRESA-RESA | 59,1% n= 91 | 34,4% n= 53 | 6,5% n= 10 |
| Stressbewältigung XRESB-RESB | 69,5% n= 105 | 23,1% n= 35 | 7,3% n= 11 |
| Unterstützung XRESC-RESC | 59,7% n= 92 | 27,9% n= 43 | 12,3% n= 19 |
| Krisenbewältigung XRES D-RES D | 76,8% n= 116 | 15,2% n= 23 | 7,9% n= 12 |
| Selbstwerterleben XRESE-RESE | 55,6% n= 84 | 37,1% n= 56 | 7,3% n= 11 |
| Pos. Selbstkonzept XRESF-RESF | 64,7% n= 99 | 26,8% n= 41 | 8,5% n= 13 |
| Nahe Beziehungen XRESG-RESG | 57,5% n= 84 | 25,3% n= 37 | 17,1% n= 25 |
| Sinnfindung XRESH-RESH | 78,7% n= 118 | 15,3% n= 23 | 6,0% n= 9 |
| Ressourcengesamtwert XRESGES-RESGES | 20,3% n=37 | 53,9% n=82 | 21,7% n= 33 |

Um auch Aussagen über die **klinische Bedeutsamkeit der individuellen Veränderung der Ressourcenrealisierung** treffen zu können, wurde für den *Ressourcengesamtwert* geprüft, wie hoch der Anteil an Patienten ist, der sich im Therapieverlauf klinisch relevant verbessert bzw. verschlechtert hat im Vergleich zu den Patienten, bei denen keine Veränderung zu verzeichnen ist.

Tabelle 5.2.5: Kreuztabelle, Geringe, mittlere, hohe Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und Therapieende für den Ressourcengesamtwert

| | | Therapieende | | | Gesamt |
|-----------------------------|--|--|---|-------------------------------------|--------------------------|
| | | geringe Ressourcen- realisierung | mittlere Ressourcen- realisierung | hohe Ressourcen- realisierung | |
| Therapie- beginn | geringe Ressourcenrealisierung | 14,5% n= 22 | 16,4% n= 25 | 2,6% n= 4 | 33,6% n= 51 |
| | mittlere Ressourcen- realisierung | 9,2% n= 14 | 40,1% n= 61 | 12,5% n= 19 | 61,8% n= 94 |
| | hohe Ressourcenrealisierung | ,0% n= 0 | 1,3% n= 2 | 3,3% n= 5 | 4,6% n= 7 |
| Gesamt | | 23,7% n= 36 | 57,9% n= 88 | 18,4% n= 28 | 100,0% n= 152 |

Die Zuordnung der Patienten zu den für die klinische Signifikanz üblicherweise verwendeten Gruppen orientierte sich an den in Kapitel 5.1 vorgestellten Cut-Off-Werten der nicht-klinischen Stichprobe von Trösken (2002), die zwischen einer gering ausgeprägten und

mittleren bzw. hoch ausgeprägten Ressourcenrealisierung unterscheiden⁵ Zunächst interessant ist, dass bezogen auf den *Ressourcengesamtwert* auch zum Therapieende die meisten Patienten (57,9%) im Bereich der mittleren Ressourcenrealisierung einzuordnen sind. Zum Behandlungsende verfügen hingegen weniger Patienten (23,7%) nur noch über ein geringes Ausmaß an Ressourcenrealisierung und mehr Patienten (18,4%) als zu Therapiebeginn über eine hohe Ressourcenrealisierung. Wird die Veränderung der Gruppenzugehörigkeit betrachtet, zeigt sich, dass es 56,9% der Patienten, die zu Therapiebeginn nur mit geringen Ressourcen ausgestattet waren, gelang, einen mittleren bzw. hohen Ressourcenstatus bei Therapieende zu erreichen. Dies entspricht einem Gesamtanteil von 19% aller Patienten. Ebenso erreichten 12,5% aller Patienten eine Verbesserung von einer mittleren zu einer hohen Ressourcenrealisierung zum Behandlungsende, so dass insgesamt für 31,5% der Patienten von einer klinisch relevanten Verbesserung ausgegangen werden kann. Auf der anderen Seite weisen auch 10,5% der Patienten insgesamt eine klinisch relevante Verschlechterung in ihrer Ressourcenrealisierung auf (von hoher zu mittlerer oder geringer Ressourcenrealisierung bzw. von mittlerer zu geringer Ressourcenrealisierung). Für 57,9% aller Patienten verändert sich die Gruppenzugehörigkeit nicht, wobei dreiviertel dieser unveränderten Patienten bereits auch schon zu Therapiebeginn über eine mittlere oder eine hohe Ressourcenrealisierung verfügt haben (siehe Tab. 5.2.5). Die Veränderungen der Gruppenzugehörigkeit konnten statistisch abgesichert werden ($\chi^2=98,23$; $p=,000$).

Schließlich wird in Tabelle 5.2.6 die Verteilung der untersuchten Patienten bezüglich ihrer Veränderung in der Ressourcenrealisierung unter dem Aspekt der **Kombination klinischer und statistischer Signifikanz** (vgl. auch Jacobson & Truax oder Kap. 4.3.3) vorgestellt: Bei 30,3% der Psychosomatikpatienten ist sowohl eine klinische⁶ als auch eine statistische Verbesserung bei Therapieende zu verzeichnen. Diese Patienten können als „erfolgreich“ bzgl. der Veränderung ihrer Ressourcenrealisierung zum Ende der Therapie bezeichnet werden (vgl. Tab. 5.2.6, Zelle 2). Zu den Patienten, die in ihrer Ressourcenrealisierung als nicht-erfolgreich zu Behandlungsende gelten⁷, zählen hingegen 23,1% der Patienten (siehe Tab. 5.2.6; Zellen 7, 8, 10-12).

⁵ Eine Darstellung der Ressourcenrealisierung zu Therapieende für die einzelnen Ressourcenbereiche anhand der analog zu Kap. 5.1 gebildeten Gruppen findet sich im Anhang C, Tab. C1.

⁶ Definition Klinisch bedeutsame Verbesserung: von niedriger zu mittlerer/hocher Ressourcenrealisierung bzw. von mittlerer zu hoher Ressourcenrealisierung

⁷ Patienten werden als erfolglos gewertet, die auch zu Behandlungsende weiterhin eine klinisch bedeutsam geringe Ressourcenrealisierung aufweisen unter Ausschluss der Patienten, die sich statistisch verbessert haben. Weiterhin werden zu den erfolglosen Patienten solche gezählt, die zwar eine klinische Verbesserung zu verzeichnen haben, jedoch aufgrund fehlender statistischer Bedeutsamkeit von einer zufälligen Veränderung auszugehen ist.

5.2 Ergebnisse: Veränderung der Ressourcenrealisierung

Tabelle 5.2.6: Veränderung der Ressourcenrealisierung (Ressourcengesamtwert) während der Therapie, statistische und klinische Signifikanz

| | Klinisch unverändert hoch (unverändert hohe bzw. mittlere Ressourcenrealisierung) | Klinisch verbessert (vorher geringe, nachher mittlere o. hohe bzw. vorher mittlere, nachher hohe Ressourcenrealisierung) | Klinisch verschlechtert (vorher mittlere, nachher geringe bzw. vorher hohe, nachher geringe o. mittlere Ressourcenrealisierung) | Klinisch unverändert gering (unverändert geringe Ressourcenrealisierung) | Gesamt |
|-----------------------------------|---|--|---|--|-------------------------|
| Statistisch verbessert | Zelle 1 20,4% n=31 | Zelle 2 30,3% n=46 | Zelle 3 - | Zelle 4 3,3% n=5 | 53,9% n=82 |
| Statistisch verschlechtert | Zelle 5 8,6% n=13 | Zelle 6 - | Zelle 7 9,9% n=15 | Zelle 8 3,3% n=5 | 21,7% n=33 |
| Statistisch Unverändert | Zelle 9 14,5% n=22 | Zelle 10 1,3% n=2 | Zelle 11 0,7% n=1 | Zelle 12 7,9% n=12 | 24,3% n=37 |
| Gesamt | 43,4% n=66 | 31,6% n=48 | 10,5% n=16 | 14,5% n=22 | 100,0% N=152 |

5.2 Zusammenfassung:

Die Untersuchung der Veränderung der Ressourcenrealisierung im psychotherapeutischen Verlauf ergibt, dass Psychosomatikpatienten insgesamt bedeutsam mehr Ressourcen zu Therapieende realisieren als zu Therapiebeginn. Für sechs der acht Ressourcenbereiche zeigten sich mittelgroße Effekte, wobei der höchste Zuwachs in Wohlbefinden, Stressbewältigung und Selbstwerterleben zu verzeichnen ist. Zu Therapieende unterscheiden sich die psychosomatischen Patienten von der nicht-klinischen Stichprobe nur noch wesentlich in den drei Ressourcenbereichen Stress- und Krisenbewältigung sowie im Positiven Selbstkonzept. Die Unterschiede sind als klein einzustufen.

Die Betrachtung der individuellen Veränderungen in der Ressourcenrealisierung für den Ressourcengesamtwert ergibt eine statistisch signifikante Verbesserung für 53,9% der Patienten. Die Anzahl der Patienten, die sich statistisch verschlechtert haben bzw. keine Veränderung aufweisen liegt mit jeweils ca. 20% ungefähr gleich hoch.

Die Überprüfung von individuellen Veränderungen hinsichtlich ihrer klinischen Bedeutsamkeit zeigt für ein Drittel der Patienten eine Verbesserung im Ressourcengesamtwert auf, wobei es 56,9% zu Therapiebeginn mit nur niedriger Ressourcenrealisierung ausgestatteter Patienten gelang, mindestens eine mittlere Ressourcenrealisierung zu Therapieende zu erreichen. Hingegen haben sich ein Zehntel aller Patienten im Therapieverlauf klinisch verschlechtert und für deutlich über die Hälfte der Patienten (57,9%) konnten keine klinisch relevanten Veränderungen in der Ressourcenrealisierung bezogen auf den Gesamtwert festgestellt werden, wobei dreiviertel dieser Patienten bereits über eine mittlere bzw. hohe Ressourcenrealisierung bereits zu Therapiebeginn verfügte.

Wird als strengstes Veränderungskriterium die Kombination der klinischen und statistischen Veränderung zur Identifizierung erfolgreicher bzw. nicht erfolgreicher Patienten hinsichtlich ihrer Veränderung in der Ressourcenrealisierung herangezogen, zeigt sich für den Ressourcengesamtwert, dass sich fast alle psychosomatischen Patienten, die sich klinisch verbessert haben auch statistisch verbessert haben und somit 30% aller Patienten nach dem strengen Kriterium als erfolgreich gelten. Dem gegenüber müssen fast ein Viertel der Patienten (23,1%) als nicht-erfolgreich bzgl. der Veränderung ihrer Ressourcenrealisierung eingestuft werden.

5.3 Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

Im vorliegenden Kapitel wird die Bedeutung von ausgewählten bereits zum Beginn der psychosomatischen Behandlung vorliegenden Patientenvariablen für die Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn beleuchtet. Diese Patientenvariablen werden den drei Bereichen Personmerkmalen, Erkrankungsmerkmalen und Merkmalen psychischer Belastung zugeordnet.

5.3.1 Personmerkmale

Im folgenden werden Ergebnisse aus T-Tests für unabhängige Stichproben und korrelativen Analysen zu den einzelnen Personmerkmalen Alter, Geschlecht, Bildung, Partnerschaft sowie berufliche Situation und der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn dargestellt.

Bezüglich des **Alters** zeigt sich nur für die Ressourcenbereiche *Unterstützung* und auf einem 10%-Alpha-Niveau auch für *Krisenbewältigung*, dass jüngere Patienten mehr Ressourcen realisieren als ältere Patienten. Die Korrelationen sind jedoch insgesamt niedrig und nach Anwendung der Bonferroni-Korrektur nicht mehr bedeutsam. (siehe Tab. 5.3.1.1). Die Zusammenhänge sind als klein einzustufen.

Tabelle 5.3.1.1: Korrelationen nach Pearson (zweiseitige Testung), Ressourcenrealisierung und Alter

| | | RESA: Wohl- befinden | RESB: Stressbe- wältigung | RESC: Unter- stützung | RESD: Krisenbe- wältigung | RESE: Selbst- wert- erleben | RESF: Pos. Selbst- konzept | RESG: Nahe Be- ziehungen | RESH: Sinn- findung | RESGES: Ressourcen- Gesamtwert |
|--------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Alter | Kor | -,073 | -,062 | -,168 | -,124 | -,099 | -,041 | -,004 | -,016 | -,114 |
| | Sig/K¹ | ,332 | ,413 | ,023 | ,098 | ,189 | ,584 | ,954 | ,836 | ,128 |
| | N | 181 | 179 | 181 | 179 | 178 | 180 | 175 | 175 | 179 |

¹ Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Keine Unterschiede in der Ressourcenrealisierung konnten für die Personmerkmale **Geschlecht** (vgl. Tab. 5.3.1.2) und **Bildung** (vgl. Tab. 5.3.1.3) aufgedeckt werden: Frauen

5.3 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

realisieren genauso viele Ressourcen wie Männer. Es ergeben sich keine Unterschiede in der Ressourcenrealisierung in Abhängigkeit davon, ob Patienten über einen Schulabschluss verfügen oder nicht.

Tabelle 5.3.1.2: T-Tests für unabhängige Stichproben, Ressourcenrealisierung und Geschlecht

| | Männer | | Frauen | | T | df | Sig. (2-seitig) | K ¹ | d |
|---|------------------|------|------------------|------|-------|-----|--------------------|----------------|------|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden RESA | 2,70 (n = 88) | 1,23 | 2,64 (n = 93) | 1,07 | ,40 | 179 | ,690 | n. sig. | ,06 |
| Stressbewältigung RESB | 2,79 (n = 87) | ,91 | 2,81 (n = 92) | ,94 | -,13 | 177 | ,902 | n. sig. | -,02 |
| Unterstützung RESC | 3,07 (n = 88) | 1,41 | 3,30 (n = 93) | 1,24 | -1,16 | 179 | ,247 | n. sig. | -,17 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,03 (n = 87) | ,90 | 3,05 (n = 92) | ,83 | -,15 | 177 | ,882 | n. sig. | -,02 |
| Selbstwerterleben RESE | 2,90 (n = 86) | 1,12 | 2,87 (n = 92) | 1,10 | ,13 | 176 | ,897 | n. sig. | ,02 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,36 (n = 88) | 1,10 | 3,45 (n = 92) | ,94 | -,87 | 178 | ,388 | n. sig. | -,13 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,34 (n = 86) | 1,26 | 4,31 (n = 89) | 1,14 | ,16 | 173 | ,875 | n. sig. | -,02 |
| Sinnfindung RESH | 3,70 (n = 84) | 1,01 | 3,83 (n = 91) | ,86 | -,93 | 173 | ,354 | n. sig. | -,14 |
| Ressourcen- gesamtwert RESGES | 3,23 (n = 87) | ,87 | 3,28 (n = 92) | ,73 | -,41 | 177 | ,682 | n. sig. | -,06 |

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Tabelle 5.3.1.3: T-Tests für unabhängige Stichproben, Ressourcenrealisierung und Bildung

| | Ohne Abschluss, Hauptschule | | Mit Abschluss Mittlere Reife oder (Fach)- Abitur | | T | df | Sig. (2- seitig) | K ¹ | d |
|---|-----------------------------------|------|---|------|--------|-----|------------------------|----------------|------|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden RESA | 2,70 (n = 61) | 1,10 | 2,65 (n = 120) | 1,17 | ,290 | 179 | ,772 | n. sig. | ,05 |
| Stressbewältigung RESB | 2,90 (n = 61) | ,78 | 2,74 (n = 118) | ,99 | 1,10 | 177 | ,271 | n. sig. | ,17 |
| Unterstützung RESC | 3,20 (n = 62) | 1,30 | 3,19 (n = 119) | 1,34 | ,052 | 179 | ,959 | n. sig. | ,17 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,08 (n = 60) | ,80 | 3,02 (n = 119) | ,89 | ,438 | 177 | ,662 | n. sig. | ,07 |
| Selbstwerterleben RESE | 2,76 (n = 59) | 1,03 | 2,95 (n = 119) | 1,20 | -1,03 | 176 | ,305 | n. sig. | -,16 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,41 (n = 61) | ,82 | 3,44 (n = 119) | 1,11 | -,171* | 156 | ,865 | n. sig. | -,03 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,21 (n = 59) | 1,30 | 4,38 (n = 116) | 1,15 | -,897 | 173 | ,371 | n. sig. | -,14 |
| Sinnfindung RESH | 3,72 (n = 59) | ,83 | 3,79 (n = 116) | ,98 | -,416 | 173 | ,678 | n. sig. | -,07 |
| Ressourcen- gesamtwert RESGES | 3,25 (n = 60) | ,69 | 3,26 (n = 119) | ,86 | -,076 | 177 | ,940 | n. sig. | -,01 |

*Varianzen sind nicht gleich

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Hingegen zeigten sich bedeutsame Unterschiede in der Ressourcenrealisierung von Patienten in Abhängigkeit davon, ob diese sich zu Behandlungsbeginn in einer

5.3 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

Partnerschaft befinden: Diese Patienten verfügen sowohl im *Ressourcengesamtwert* als auch in den Bereichen *Wohlbefinden*, *Unterstützung* und *Nahe Beziehungen* (siehe Tab. 5.3.1.4) über ein hochsignifikant höheres Ausmaß an Ressourcenrealisierung als Patienten ohne Partnerschaft, die auch nach Bonferroni-Korrektur noch signifikant sind. Die Effektstärken für die o.g. Bereiche sind als mittelstark einzuordnen, für den Ressourcenbereich *Nahe Beziehungen* liegt ein großer Effekt vor. Für den Ressourcenbereich *Sinnfindung* lässt sich der Unterschied nur noch marginal auf einem 10%-Alpha-Niveau absichern, wobei immer noch ein kleiner Effekt vorliegt.

Tabelle 5.3.1.4: T-Tests für unabhängige Stichproben, Ressourcenrealisierung und Partnerschaft

| | Kein Partner | | Partner | | T | df | Sig. (2-seitig) | K ¹ | d |
|---|------------------|------|-------------------|------|--------|-----|--------------------|----------------|-------|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden RESA | 2,25 (n = 50) | 1,03 | 2,83 (n = 131) | 1,15 | -3,14 | 179 | ,002 | * | -,52 |
| Stressbewältigung RESB | 2,74 (n = 50) | ,71 | 2,82 (n = 129) | ,99 | -,47 | 177 | ,637 | n. sig. | -,08 |
| Unterstützung RESC | 2,67 (n = 51) | 1,28 | 3,39 (n = 130) | 1,29 | -3,39 | 179 | ,001 | * | -,56 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,02 (n = 51) | ,90 | 3,05 (n = 128) | ,85 | -,19 | 177 | ,850 | n. sig. | -,03 |
| Selbstwerterleben RESE | 2,69 (n = 50) | 1,05 | 2,96 (n = 128) | 1,18 | -1,46 | 176 | ,147 | n. sig. | -,24 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,29 (n = 50) | ,99 | 3,48 (n = 130) | 1,03 | -1,14 | 178 | ,255 | n. sig. | -,19 |
| Nahe Beziehungen RESG | 3,59 (n = 48) | 1,31 | 4,61 (n = 127) | 1,03 | -4,84* | 70 | ,000 | ** | -1,29 |
| Sinnfindung RESH | 3,55 (n = 49) | ,96 | 3,85 (n = 126) | ,91 | -1,89 | 173 | ,060 | n. sig. | -,32 |
| Ressourcen- gesamtwert RESGES | 2,96 (n = 50) | ,74 | 3,38 (n = 129) | ,80 | -3,19 | 177 | ,002 | * | -,52 |

*Varianzen sind nicht gleich

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Unbedeutend für das Ausmaß an Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn ist auch die **Erwerbstätigkeit**. Es konnten weder bedeutsame Unterschiede zwischen Patienten, die über einen Arbeitsplatz verfügen zu arbeitslosen Patienten gefunden werden, noch ergaben korrelative Analysen einen Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitslosigkeit und der Ressourcenrealisierung (vgl. Tab. 5.3.1.5 und Tab. 5.3.1.6).

5.3 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

Tabelle 5.3.1.5: T-Tests für unabhängige Stichproben, Ressourcenrealisierung und Erwerbstätigkeit

| | In Arbeit | | Ohne Arbeit | | T | df | Sig. (2-seitig) | K ¹ | d |
|---|-------------------|------|------------------|------|-------|-----|--------------------|----------------|------|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden RESA | 2,75 (n = 106) | 1,12 | 2,55 (n = 75) | 1,17 | 1,12 | 179 | ,264 | n. sig. | ,17 |
| Stressbewältigung RESB | 2,74 (n = 105) | ,97 | 2,87 (n = 74) | ,85 | -,90 | 177 | ,368 | n. sig. | -,14 |
| Unterstützung RESC | 3,23 (n = 106) | 1,36 | 3,14 (n = 75) | 1,28 | ,45 | 179 | ,657 | n. sig. | ,07 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,03 (n = 104) | ,90 | 3,06 (n = 75) | ,81 | -,26 | 177 | ,792 | n. sig. | -,04 |
| Selbstwerterleben RESE | 2,88 (n = 104) | 1,13 | 2,89 (n = 74) | 1,17 | -,01 | 176 | ,995 | n. sig. | ,00 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,41 (n = 105) | 1,08 | 3,46 (n = 75) | ,94 | -,36 | 178 | ,723 | n. sig. | -,06 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,27 (n = 104) | 1,31 | 4,41 (n = 71) | 1,03 | -,83* | 170 | ,409 | n. sig. | -,13 |
| Sinnfindung RESH | 3,72 (n = 103) | ,96 | 3,84 (n = 72) | ,90 | -,84 | 173 | ,401 | n. sig. | ,13 |
| Ressourcen- gesamtwert RESGES | 3,26 (n = 104) | ,85 | 3,26 (n = 75) | ,75 | -,06 | 177 | ,952 | n. sig. | -,01 |

*Varianzen sind nicht gleich

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Tabelle 5.3.1.6: Korrelationen nach Pearson (zweiseitige Testung), Ressourcenrealisierung und Dauer Arbeitslosigkeit (AL)

| | | RESA: Wohl- befinden | RESB: Stressbe- wältigung | RESC: Unter- stützung | RESD: Krisenbe- wältigung | RESE: Selbst- wert- erleben | RESF: Pos. Selbst- konzept | RESG: Nahe Be- ziehungen | RESH: Sinn- findung | RESGES: Ressourcen- Gesamtwert |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Dauer AL | Kor | -,085 | ,046 | -,021 | -,008 | ,069 | ,031 | -,056 | ,065 | ,001 |
| | Sig/K¹ | ,258 | ,544 | ,779 | ,919 | ,358 | ,680 | ,461 | ,391 | ,989 |
| | N | 181 | 179 | 181 | 179 | 178 | 180 | 175 | 175 | 179 |

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

5.3.1 Zusammenfassung:

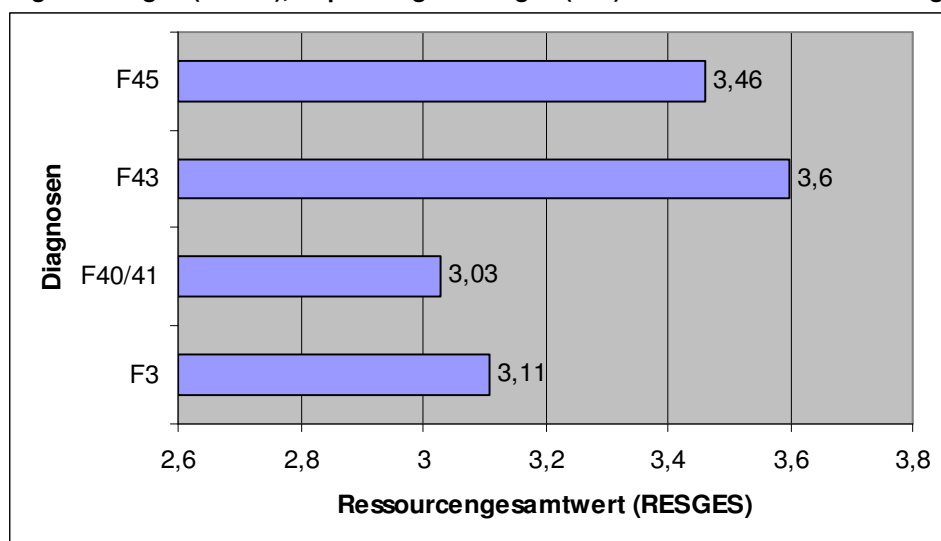
Im Rahmen der Fragestellung, inwieweit Personenmerkmale einen Einfluss auf die Ressourcenrealisierung von Psychosomatikpatienten haben, wurden Alter, Geschlecht, Bildung, Partnerschaft und das Ausüben einer Erwerbstätigkeit untersucht. Als bedeutsam erwiesen sich hierbei nur das Vorliegen einer Partnerschaft und schwach das Alter: Patienten, die in einer festen Partnerschaft leben, realisieren bedeutsam mehr Ressourcen als Patienten ohne Partnerschaft. Für die Bereiche Wohlbefinden, Unterstützung, Nahe Beziehungen sind die Unterschiede mit mind. mittelgroßen Effekten am stärksten. Jüngere Patienten realisieren tendenziell mehr Ressourcen als ältere Patienten nur in den Ressourcenbereichen Unterstützung und Krisenbewältigung. Die übrigen Personenmerkmale erwiesen sich als unbedeutend für die Ressourcenrealisierung zu Behandlungsbeginn.

5.3.2 Erkrankungsmerkmale

Ergebnisse zur Ressourcenrealisierung und Erkrankungsmerkmalen zu Therapiebeginn werden vorgestellt. Berücksichtigt wurden bei den im folgenden dargestellten T-Tests für unabhängige Stichproben bzw. einfaktorielle ANOVAs oder Korrelationsanalysen folgende Erkrankungsmerkmale: Art und Anzahl psychischer Diagnosen, Erkrankungsdauer, das Vorliegen von psychotherapeutischen Vorbehandlungen oder Suizidalität sowie Arbeitsunfähigkeit vor Behandlung.

Zunächst wurde varianzanalytisch geprüft, ob sich bei einer differenzierteren Betrachtung einzelner **Diagnosegruppen** Unterschiede im Ausmaß der Ressourcenrealisierung bei den Psychosomatikpatienten finden lassen. Einbezogen in diese Analysen wurden Patienten der vier am häufigsten vertretenen Diagnosegruppen bezogen auf die Primär Diagnosen (siehe auch Kap. 4.4.1). Die Betrachtung der Mittelwerte zeigt zunächst, dass Patienten mit Anpassungsstörungen zu Beginn einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung überwiegend in allen Ressourcenbereichen am meisten Ressourcen realisieren. Es folgen Patienten mit somatoformen Störungen. Patienten mit affektiven Störungen liegen an dritter Stelle und Patienten mit Angststörungen realisieren insgesamt überwiegend am wenigsten Ressourcen (siehe beispielhaft für *Ressourcengesamtwert* Abb. 5.3.2.1 oder auch Tab. 5.3.2.1a).

Abbildung 5.3.2.1: Mittelwerte der Ressourcenrealisierung von Patienten mit affektiven Störungen (F3), Angststörungen (F40/41), Anpassungsstörungen (F43) und somatoformen Störungen (F45)



5.3 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

Tabelle 5.3.2.1a: Ressourcenrealisierung und Diagnosegruppen

| | F3 Affektive Störungen | | F40/41 Angst- störungen | | F43 Anpassungs- störungen | | F45 Somatoforme Störungen | |
|---|------------------------------|------|-------------------------------|------|---------------------------------|------|---------------------------------|------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| Wohlbefinden RESA | 2,51 (n = 55) | 1,03 | 2,33 (n = 28) | 1,27 | 3,12 (n = 32) | 1,18 | 3,00 (n = 29) | ,99 |
| Stressbewältigung RESB | 2,76 (n = 54) | ,92 | 2,73 (n = 28) | ,89 | 2,99 (n = 32) | ,97 | 2,83 (n = 28) | ,94 |
| Unterstützung RESC | 3,15 (n = 56) | 1,27 | 2,81 (n = 28) | 1,43 | 3,58 (n = 32) | 1,20 | 3,43 (n = 29) | 1,27 |
| Krisenbewältigung RESD | 2,90 (n = 55) | ,87 | 3,00 (n = 27) | ,77 | 3,27 (n = 32) | ,85 | 3,13 (n = 29) | ,68 |
| Selbstwerterleben RESE | 2,71 (n = 55) | 1,06 | 2,72 (n = 26) | 1,16 | 3,29 (n = 32) | 1,14 | 2,95 (n = 29) | 1,06 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,23 (n = 55) | ,97 | 2,98 (n = 28) | ,89 | 3,86 (n = 32) | ,94 | 3,67 (n = 29) | ,92 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,09 (n = 55) | 1,23 | 4,23 (n = 26) | 1,07 | 4,58 (n = 32) | 1,28 | 4,87 (n = 26) | ,85 |
| Sinnfindung RESH | 3,60 (n = 54) | ,91 | 3,56 (n = 26) | 1,07 | 4,00 (n = 32) | ,84 | 4,02 (n = 27) | ,81 |
| Ressourcen- gesamtwert RESGES | 3,11 (n = 55) | ,78 | 3,04 (n = 27) | ,87 | 3,60 (n = 32) | ,72 | 3,46 (n = 29) | ,65 |

Diese Mittelwertsunterschiede zwischen den Diagnosegruppen konnten varianzanalytisch für den *Ressourcengesamtwert* und die Ressourcenbereiche *Wohlbefinden*, *Positives Selbstkonzept*, Realisierung *Nahe Beziehungen* sowie marginal auch *Sinnfindung* und *Selbstwerterleben* auf einem 10% Alpha-Niveau abgesichert werden (siehe Tab. 5.3.2.1b). Die deutlichsten Unterschiede, die auch nach Anwendung der Bonferroni-Korrektur noch im signifikanten Bereich liegen, ergeben sich für den *Ressourcengesamtwert* als auch den Ressourcenbereich *Positives Selbstkonzept*. Für diese beiden Skalen als auch die Bereiche *Wohlbefinden* und *Nahe Beziehungen* können die Effekte als mittelstark und für die übrigen Skalen als klein eingeordnet werden.

Die Ergebnisse der anschließenden Folgetests zeigen durchgängig, dass sich Patienten mit Anpassungsstörungen nicht von Patienten mit somatoformen Störungen hinsichtlich ihrer Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn bedeutsam unterscheiden. Genauso liegen keine Unterschiede in der Ressourcenrealisierung zwischen Patienten mit affektiven und Angststörungen vor, wobei die letzteren beiden Patientengruppen insgesamt weniger Ressourcen zu Therapiebeginn realisieren als die Patienten mit Anpassungs- und somatoformen Störungen. Die vorgefundenen Unterschiede in den einzelnen Bereichen ergeben kein einheitliches Muster: Für den *Ressourcengesamtwert* sowie für den Ressourcenbereich *Positives Selbstkonzept* zeigt sich, dass Patienten mit Anpassungsstörungen signifikant mehr Ressourcen realisieren als Patienten mit affektiven Störungen oder Angststörungen. Zusätzlich zeichnen sich auch Patienten mit somatoformen Störungen durch ein höheres Ausmaß an Ressourcenrealisierung im *Positiven*

5.3 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

Selbstkonzept aus als Angstpatienten. Für den Bereich *Wohlbefinden* konnte nur ein Unterschied zwischen Patienten mit Anpassungsstörungen und Patienten mit Angststörungen vorgefunden werden. In *Nahe Beziehungen* realisieren Patienten mit somatoformen Störungen ein bedeutsam höheres Ausmaß an Ressourcen als Patienten mit affektiven Störungen (vgl. Anhang C, Tab. C2).

Tabelle 5.3.2.1b: Einfaktorielle ANOVA, Ressourcenrealisierung und Diagnosegruppen

| | Df | F | Sig. (2-seitig) | K ¹ | Eta ² |
|---------------------------------------|-------|------|--------------------|----------------|------------------|
| Wohlbefinden RESA | 3/140 | 3,66 | ,014 | n. sig. | ,068 |
| Stressbewältigung RESB | 3/139 | ,53 | ,661 | n. sig. | ,011 |
| Unterstützung RESC | 3/141 | 2,11 | ,101 | n. sig. | ,046 |
| Krisenbewältigung RESD | 3/139 | 1,53 | ,210 | n. sig. | ,023 |
| Selbstwerterleben RESE | 3/138 | 2,19 | ,092 | n. sig. | ,038 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3/140 | 5,81 | ,001 | * | ,095 |
| Nahe Beziehungen RESG | 3/135 | 3,15 | ,027 | n. sig. | ,080 |
| Sinnfindung RESH | 3/135 | 2,53 | ,060 | n. sig. | ,042 |
| Ressourcengesamtwert RESGES | 3/139 | 4,24 | ,007 | + | ,074 |

¹ Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01⁺

Weiterhin wurde geprüft, ob Patienten mit der Diagnose **Persönlichkeitsstörung**, in diesem Falle unabhängig davon, ob diese als Primärdiagnose vergeben wurde, weniger Ressourcen realisieren als Patienten ohne Persönlichkeitsstörung, was sowohl für den *Ressourcengesamtwert* als auch überwiegend für die einzelnen Ressourcenbereiche bestätigt werden konnte: Keine bedeutsamen Unterschiede (bei Annahme eines 10%-Alpha-Niveaus) liegen nur für die Bereiche *Stressbewältigung* und *Krisenbewältigung* vor (siehe Tab. 5.3.2.2). Nach Bonferroni-Korrektur lassen sich bedeutsame Unterschiede noch für den *Ressourcengesamtwert* sowie die Ressourcenbereiche *Selbstwerterleben*, *Nahe Beziehungen* und *Sinnfindung* finden. Für den Bereich *Nahe Beziehungen* handelt es sich um einen mittleren Effekt, für die übrigen vorgefundenen signifikanten Unterschiede liegen kleine Effekte vor.

5.3 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

Tabelle 5.3.2.2: T-Tests für unabhängige Stichproben, Ressourcenrealisierung und Diagnose Persönlichkeitsstörung

| | Keine Persönlichkeitsst. | | Persönlichkeitsstörung | | T | df | Sig. (1-seitig) | K ¹ | d |
|--|--------------------------|------|------------------------|------|------|-----|-----------------|----------------|-----|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden RESA | 2,72 (n = 146) | 1,18 | 2,44 (n = 35) | ,97 | 1,30 | 179 | ,097 | n. sig. | ,25 |
| Stressbewältigung RESB | 2,82 (n = 144) | ,96 | 2,67 (n = 35) | ,72 | ,72 | 177 | ,237 | n. sig. | ,14 |
| Unterstützung RESC | 3,28 (n = 146) | 1,33 | 2,80 (n = 35) | 1,23 | 1,96 | 179 | ,025 | n. sig. | ,37 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,08 (n = 145) | ,85 | 2,89 (n = 34) | ,92 | 1,13 | 177 | ,130 | n. sig. | ,22 |
| Selbstwerterleben RESE | 2,99 (n = 143) | 1,13 | 2,46 (n = 35) | 1,14 | 2,46 | 176 | ,008 | + | ,47 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,52 (n = 145) | 1,01 | 3,07 (n = 35) | ,99 | 2,35 | 178 | ,010 | n. sig. | ,45 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,45 (n = 141) | 1,11 | 3,82 (n = 34) | 1,41 | 2,78 | 173 | ,003 | * | ,53 |
| Sinnfindung RESH | 3,85 (n = 142) | ,88 | 3,42 (n = 33) | 1,09 | 2,39 | 173 | ,009 | + | ,46 |
| Ressourcengesamt- wert RESGES | 3,33 (n = 144) | ,80 | 2,96 (n = 35) | ,78 | 2,51 | 177 | ,007 | + | ,48 |

* Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Werden die **Komorbidität** psychischer Störungen und die Ressourcenrealisierung zueinander in Bezug gesetzt, zeigen die korrelativen Ergebnisse (vgl. Tab. 5.3.2.4) als auch die T-Tests (siehe Tab. 5.3.2.3), dass Patienten mit mehr als einer psychischen Diagnose insgesamt in allen Ressourcenbereichen signifikant weniger Ressourcen realisieren. Für die Bereiche *Wohlbefinden*, *Selbstwerterleben* und den *Ressourcengesamtwert* bleiben die vorgefundenen Zusammenhänge bzw. Unterschiede auch nach Bonferroni-Korrektur signifikant; die gefundenen Effekte sind jedoch alle nur klein.

Tabelle 5.3.2.3: T-Tests für unabhängige Stichproben, Ressourcenrealisierung und Komorbidität

| | Keine Komorbidität | | Komorbidität | | T | df | Sig. (1-seitig) | K ¹ | d |
|--|--------------------|------|-------------------|------|------|-----|-----------------|----------------|-----|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden RESA | 2,97 (n = 62) | 1,06 | 2,51 (n = 119) | 1,16 | 2,57 | 179 | ,006 | + | ,40 |
| Stressbewältigung RESB | 2,93 (n = 61) | ,94 | 2,73 (n = 118) | ,91 | 1,44 | 177 | ,076 | n. sig. | ,23 |
| Unterstützung RESC | 3,49 (n = 63) | 1,25 | 3,03 (n = 118) | 1,34 | 2,23 | 179 | ,014 | n. sig. | ,35 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,19 (n = 63) | ,90 | 2,96 (n = 116) | ,83 | 1,66 | 177 | ,050 | n. sig. | ,26 |
| Selbstwerterleben RESE | 3,21 (n = 62) | 1,10 | 2,71 (n = 116) | 1,13 | 2,85 | 176 | ,003 | * | ,45 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,64 (n = 62) | 1,04 | 3,32 (n = 118) | 1,00 | 1,98 | 178 | ,025 | n. sig. | ,31 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,53 (n = 62) | 1,12 | 4,22 (n = 113) | 1,23 | 1,67 | 173 | ,049 | n. sig. | ,27 |
| Sinnfindung RESH | 3,91 (n = 62) | ,99 | 3,69 (n = 113) | ,90 | 1,50 | 173 | ,068 | n. sig. | ,24 |
| Ressourcengesamt- wert RESGES | 3,58 (n = 62) | ,79 | 3,14 (n = 117) | ,79 | 2,70 | 177 | ,004 | * | ,43 |

* Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

5.3 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

Zwischen der **Erkrankungsdauer** und der Ressourcenrealisierung von Patienten zeigen sich bedeutsame Zusammenhänge nur für den *Ressourcengesamtwert* und die Bereiche *Krisenbewältigung* und *Nahe Beziehungen*. Dabei realisieren Patienten mit einer kürzeren vorherigen Erkrankungsdauer mehr Ressourcen zu Therapiebeginn. Die Korrelationen sind insgesamt nur als klein einzustufen und nach Bonferroni-Korrektur nicht mehr bedeutsam (siehe Tab. 5.3.2.4).

Tabelle 5.3.2.4: Korrelationen nach Pearson (einseitige Testung), Ressourcenrealisierung und Anzahl Diagnosen, Erkrankungsdauer, Vorbehandlungen, Suizidversuche sowie Dauer Arbeitsunfähigkeit (AU)

| | | RESA: Wohl- befinden | RESB: Stressbe- wältigung | RESC: Unter- stützung | RESD: Krisenbe- wältigung | RESE: Selbst- wert- erleben | RESF: Pos. Selbst- konzept | RESG: Nahe Bezieh- ungen | RESH: Sinn- findung | RESGES Res.- Gesamt- wert |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|--|---|--|--|----------------------------------|---|
| Anzahl Diag. | Kor | -,236 | -,143 | -,150 | -,156 | -,252 | -,133 | -,167 | -,139 | -,228 |
| | Sig/ K¹ | ,001* | ,028 | ,022 | ,018 | ,000** | ,038 | ,014 | ,033 | ,001* |
| | N | 181 | 179 | 181 | 179 | 178 | 180 | 175 | 175 | 179 |
| Dauer Er- krank. | Kor | -,055 | -,026 | -,074 | -,117 | -,057 | -,096 | -,133 | -,099 | -,108 |
| | Sig/ K¹ | ,239 | ,368 | ,170 | ,065 | ,234 | ,107 | ,045 | ,104 | ,082 |
| | N | 169 | 167 | 169 | 168 | 167 | 168 | 163 | 164 | 168 |
| Anzahl Vorbe- handl. | Kor | -,204 | -,230 | -,206 | -,178 | -,204 | -,181 | -,069 | -,187 | -,242 |
| | Sig/ K¹ | ,003* | ,001* | ,003* | ,009+ | ,003* | ,007+ | ,182 | ,007+ | ,001* |
| | N | 181 | 179 | 181 | 179 | 178 | 180 | 175 | 175 | 179 |
| Anzahl Suizid | Kor | -,095 | -,013 | -,126 | -,050 | -,152 | -,221 | -,153 | -,222 | -,173 |
| | Sig/ K¹ | ,101 | ,429 | ,045 | ,252 | ,021 | ,001* | ,022 | ,002* | ,010 |
| | N | 181 | 179 | 181 | 179 | 178 | 180 | 175 | 175 | 179 |
| Dauer AU | Kor | -,141 | -,164 | -,068 | -,101 | -,140 | -,138 | ,060 | -,080 | -,148 |
| | Sig/ K¹ | ,029 | ,015 | ,182 | ,089 | ,031 | ,032 | ,214 | ,146 | ,024 |
| | N | 180 | 178 | 180 | 178 | 177 | 179 | 174 | 174 | 178 |

¹ Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01+

Dass Patienten mit einer oder mehreren psychotherapeutischen Vorbehandlungen oder bereits versuchtem Suizid weniger Ressourcen realisieren als Patienten ohne Vorbehandlung bzw. ohne Suizidversuch konnte für beide Erkrankungsmerkmale grundsätzlich in den zunächst durchgeführten korrelativen Analysen (vgl. Tab. 5.3.2.4) bestätigt werden. Unterschiede in der Ressourcenrealisierung konnten für das Vorliegen von psychotherapeutischen **Vorbehandlungen** für den *Ressourcengesamtwert* als auch mit Ausnahme des Bereichs *Nahe Beziehungen* für alle einzelnen Ressourcenbereiche aufgedeckt werden (siehe Tab. 5.3.2.5), wobei für die Bereiche *Wohlbefinden* und

5.3 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

Selbstwerterleben nach Bonferroni-Korrektur in den T-Tests keine signifikanten Ergebnisse mehr vorliegen. Insgesamt können kleine Effekte und für den Bereich *Unterstützung* ein mittlerer Effekt vorgefunden werden.

Tabelle 5.3.2.5: T-Tests für unabhängige Stichproben, Ressourcenrealisierung und psychotherapeutische Vorbehandlungen

| | Keine Vorbehandlung | | Vorbehandlung | | T | df | Sig. (1-seitig) | K ¹ | d |
|--|---------------------|------|------------------|------|-------|-----|-----------------|----------------|-----|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden RESA | 2,79 (n = 118) | 1,13 | 2,44 (n = 63) | 1,14 | 1,96 | 179 | ,026 | n. sig. | ,31 |
| Stressbewältigung RESB | 2,92 (n = 118) | ,79 | 2,56 (n = 61) | 1,11 | 2,49 | 177 | ,007 | + | ,39 |
| Unterstützung RESC | 3,37 (n = 119) | 1,22 | 2,84 (n = 62) | 1,45 | 2,45* | 107 | ,008 | + | ,50 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,15 (n = 118) | ,83 | 2,83 (n = 61) | ,89 | 2,45 | 177 | ,008 | + | ,39 |
| Selbstwerterleben RESE | 3,03 (n = 116) | 1,09 | 2,62 (n = 62) | 1,21 | 2,30 | 176 | ,011 | n. sig. | ,36 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,58 (n = 118) | ,97 | 3,15 (n = 62) | 1,06 | 2,70 | 178 | ,004 | * | ,43 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,38 (n = 115) | 1,18 | 4,22 (n = 60) | 1,23 | ,82 | 173 | ,206 | n. sig. | ,13 |
| Sinnfindung RESH | 3,90 (n = 114) | ,89 | 3,52 (n = 61) | ,97 | 2,55 | 173 | ,006 | + | ,41 |
| Ressourcengesamt- wert RESGES | 3,39 (n = 117) | ,76 | 3,02 (n = 62) | ,83 | 2,98 | 177 | ,002 | * | ,47 |

*Varianzen sind nicht gleich

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01⁺

Tabelle 5.3.2.6: T-Test bei unabhängigen Stichproben, Ressourcenrealisierung und Suizidversuche

| | Kein Suizidversuch | | Suizidversuch | | T | df | Sig. (1-seitig) | K ¹ | d |
|--|--------------------|------|------------------|------|------|-----|-----------------|----------------|-----|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden RESA | 2,75 (n = 147) | 1,17 | 2,33 (n = 34) | 1,00 | 1,93 | 179 | ,028 | n. sig. | ,37 |
| Stressbewältigung RESB | 2,83 (n = 146) | ,94 | 2,64 (n = 33) | ,82 | 1,09 | 177 | ,138 | n. sig. | ,21 |
| Unterstützung RESC | 3,29 (n = 147) | 1,34 | 2,73 (n = 34) | 1,16 | 2,26 | 179 | ,013 | n. sig. | ,43 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,09 (n = 146) | ,87 | 2,84 (n = 33) | ,81 | 1,47 | 177 | ,071 | n. sig. | ,28 |
| Selbstwerterleben RESE | 2,99 (n = 144) | 1,15 | 2,46 (n = 34) | 1,05 | 2,45 | 176 | ,008 | + | ,47 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,56 (n = 146) | 1,00 | 2,88 (n = 34) | ,92 | 3,59 | 178 | ,000 | ** | ,69 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,48 (n = 142) | 1,13 | 3,69 (n = 33) | 1,31 | 3,54 | 173 | ,001 | * | ,69 |
| Sinnfindung RESH | 3,89 (n = 142) | ,92 | 3,23 (n = 33) | ,80 | 3,78 | 173 | ,000 | ** | ,73 |
| Ressourcengesamt- wert RESGES | 3,36 (n = 145) | ,80 | 2,85 (n = 34) | ,72 | 3,38 | 177 | ,001 | * | ,65 |

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01⁺

Patienten mit einem oder mehreren **Suizidversuchen** in der Vorgeschichte realisieren signifikant weniger Ressourcen in allen Bereichen mit Ausnahme für das Realisieren von *Stressbewältigung*. Nach Bonferroni-Korrektur zeigen sich für den *Ressourcengesamtwert* sowie für die Bereiche *Selbstwerterleben*, *Positives Selbstkonzept*,

5.3 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

Nahe Beziehungen und *Sinnfindung* noch bedeutsame Unterschiede. Die Effektstärken liegen für diese Ressourcenaspekte als auch den *Ressourcengesamtwert* im mittleren Bereich. Für *Wohlbefinden*, *Unterstützung* und *Krisenbewältigung* liegen noch kleine Effekte vor (siehe Tab. 5.3.2.6).

Bezüglich der **Arbeitsfähigkeit** bei Aufnahme der stationären Behandlung zeigte sich, dass Patienten ohne Krankschreibung zu Behandlungsbeginn über insgesamt mehr Ressourcen im *Ressourcengesamtwert* verfügen als arbeitsunfähige Patienten. Die Betrachtung der einzelnen Ressourcenbereiche ergibt, dass arbeitsfähige Patienten auch in allen erhobenen Einzelskalen bis auf die Realisierung von *Nahen Beziehungen* und *Unterstützung* signifikant mehr Ressourcen realisieren als arbeitsunfähige Patienten (siehe Tab. 5.3.2.7), wobei nach Bonferroni-Korrektur keine signifikanten Ergebnisse mehr vorliegen und die Größe der Effekte höchstens als klein einzuordnen ist. Zwischen der Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Ressourcenrealisierung konnten signifikanten Zusammenhänge für den *Ressourcengesamtwert* und die Bereiche *Wohlbefinden*, *Stressbewältigung*, *Selbstwerterleben*, *Positives Selbstkonzept* sowie für den Bereich *Krisenbewältigung* auf einem 10%-Alpha-Niveau gefunden werden (siehe Tab. 5.3.2.4). Auch hier ist die Höhe der Korrelationen als klein einzustufen und nach Bonferroni-Korrektur nicht mehr signifikant.

Tabelle 5.3.2.7: T-Tests für unabhängige Stichproben, Ressourcenrealisierung und Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme

| | Arbeitsunfähig | | Arbeitsfähig | | T | df | Sig. (1-seitig) | K ¹ | d |
|---------------------------------------|------------------|------|------------------|------|-------|-----|-----------------|----------------|------|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden RESA | 2,48 (n = 86) | 1,20 | 2,82 (n = 94) | 1,07 | -2,00 | 178 | ,024 | n. sig. | -,30 |
| Stressbewältigung RESB | 2,63 (n = 85) | ,97 | 2,95 (n = 93) | ,86 | -2,34 | 176 | ,010 | n. sig. | -,35 |
| Unterstützung RESC | 3,14 (n = 87) | 1,41 | 3,24 (n = 93) | 1,25 | -,51 | 178 | ,304 | n. sig. | -,08 |
| Krisenbewältigung RESD | 2,93 (n = 85) | ,88 | 3,14 (n = 93) | ,84 | -1,67 | 176 | ,048 | n. sig. | -,25 |
| Selbstwerterleben RESE | 2,70 (n = 85) | 1,07 | 3,08 (n = 92) | 1,18 | -2,21 | 175 | ,014 | n. sig. | -,33 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,26 (n = 86) | 1,06 | 3,58 (n = 93) | ,97 | -2,14 | 177 | ,017 | n. sig. | -,32 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,36 (n = 83) | 1,26 | 4,29 (n = 91) | 1,15 | ,41 | 172 | ,342 | n. sig. | ,06 |
| Sinnfindung RESH | 3,59 (n = 82) | ,95 | 3,92 (n = 92) | ,90 | -2,35 | 172 | ,010 | n. sig. | -,36 |
| Ressourcengesamtwert RESGES | 3,13 (n = 85) | ,85 | 3,37 (n = 93) | ,75 | -1,97 | 176 | ,025 | n. sig. | -,30 |

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

5.3.2 Zusammenfassung:

Bezüglich des Einflusses von Erkrankungsmerkmalen auf die Ressourcenrealisierung von psychosomatischen Patienten zu Therapiebeginn wurden die psychischen Diagnosen, das Vorliegen komorbider Störungen sowie einer Persönlichkeitsstörung, die Erkrankungsdauer, psychotherapeutische Vorbehandlungen, Vorliegen von Suizidversuchen in der Vorgeschichte sowie Arbeitsunfähigkeit untersucht.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich psychosomatische Patienten in Abhängigkeit ihrer Diagnose in ihrer Ressourcenrealisierung in allen Ressourcenbereichen unterscheiden, wobei Patienten mit Anpassungs- oder somatoformen Störungen tendenziell mehr Ressourcen realisieren als Patienten mit affektiven oder Angststörungen. Am deutlichsten unterscheiden sich die Patienten im Positiven Selbstkonzept, wofür ein mittelgroßer Effekt vorliegt. Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung noch stärker als Patienten mit komorbiden Diagnosen realisieren insgesamt bedeutend weniger Ressourcen. Der Ressourcenbereich Nahe Beziehungen erwies sich für das Merkmal Persönlichkeitsstörung als besonders relevant. Für das Vorliegen von Komorbidität kommt dem Bereich Selbstwerterleben die höchste Bedeutung mit einem knapp mittleren Effekt zu.

Patienten mit Suizidversuchen in der Vorgeschichte und tendenziell auch Patienten mit einer psychotherapeutischen Vorbehandlung nehmen eine niedrigere Ressourcenrealisierung wahr. Für das Erkrankungsmerkmal Suizidversuche in der Vorgeschichte konnten deutliche als mittelstark einzustufende Unterschiede für die drei Bereiche Positives Selbstkonzept, Nahe Beziehungen und Sinnfindung vorgefunden werden. Für das Vorliegen von Vorbehandlungen zeigt sich einschränkend nur der Bereich Unterstützung als relevant. Der Einfluss der Ressourcenrealisierung auf die Erkrankungsdauer und die Arbeitsunfähigkeit ist insgesamt nur als gering einzuschätzen: Arbeitsunfähige Patienten bzw. Patienten, die vor Behandlungsbeginn eine längere Erkrankungsdauer aufweisen, realisieren tendenziell weniger Ressourcen als arbeitsfähige Patienten.

5.3.3 Merkmale psychischer Belastung

Das vorliegende Unterkapitel beleuchtet die Rolle der psychischen Belastung, erhoben über die Depressivität (BDI) und die psychopathologische Belastung (SCL 90-R) für die Ressourcenrealisierung der psychosomatischen Patienten. Es wurden sowohl korrelative Analysen als auch univariate Varianzanalysen (ANOVAS) gerechnet. Ausführlich dargestellt werden die Ergebnisse der Ressourcenrealisierung und psychischer Belastung zu

5.3 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

Therapiebeginn. Zusammenhänge zwischen der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und der psychischen Belastung zu Therapieende sind in Anhang C in Tabelle C3 dargestellt und bestätigen im Großen und Ganzen die Ergebnisse zu Therapiebeginn.

Die durchgeführten korrelativen Analysen belegen eindeutig, dass eine hohe psychische Belastung mit einer niedrigeren Ressourcenrealisierung einhergeht. Für die **Depressivität** konnte dieser negative Zusammenhang sehr deutlich auch nach Anwendung der Bonferroni-Korrektur für alle Bereiche der Ressourcenrealisierung und den *Ressourcengesamtwert* gezeigt werden. Die Effekte liegen für die Ressourcenbereiche im mittleren Bereich, und für den *Ressourcengesamtwert* liegt sogar ein großer Effekt vor.

Tabelle 5.3.3.1: Korrelationen nach Pearson (einseitige Testung), Ressourcenrealisierung und psychische Belastung zu Therapiebeginn

| | | Depressivität BDIGES | Psychopathologische Belastung SCLGSI |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|
| Wohlbefinden RESA | Kor Sig./K ¹ N | -,490 ,000** 157 | -,297 ,000** 179 |
| Stressbewältigung RESB | Kor Sig./K ¹ N | -,383 ,000** 156 | -,225 ,001* 177 |
| Unterstützung RESC | Kor Sig./K ¹ N | -,326 ,000** 156 | -,179 ,008+ 179 |
| Krisenbewältigung RESD | Kor Sig./K ¹ N | -,292 ,000** 154 | -,112 ,069 177 |
| Selbstwernerleben RESE | Kor Sig./K ¹ N | -,485 ,000** 154 | -,332 ,000** 176 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | Kor Sig./K ¹ N | -,464 ,000** 156 | -,353 ,000** 178 |
| Nahe Beziehungen RESG | Kor Sig./K ¹ N | -,299 ,000** 150 | -,147 ,027 173 |
| Sinnfindung RESH | Kor Sig./K ¹ N | -,395 ,000** 151 | -,228 ,001* 173 |
| Ressourcengesamtwert RESGES | Kor Sig./K ¹ N | -,513 ,000** 155 | -,310 ,000** 177 |

¹ Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01⁺

5.3 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

Für die **psychopathologische Belastung** ergaben sich insgesamt etwas schwächere aber auch bedeutsame negative Zusammenhänge zur Ressourcenrealisierung, wobei die Zusammenhänge für die beiden Ressourcenbereiche *Krisenbewältigung* und *Nahe Beziehungen* nach Bonferroni-Korrektur nicht mehr signifikant sind (vgl. Tab. 5.3.3.1). Es konnten für die Bereiche *Selbstwerterleben* und *Positives Selbstkonzept* sowie den *Ressourcengesamtwert* mittlere Effekte, ansonsten kleine Effekte gefunden werden.

Weiterhin wurde mit Hilfe von einfaktoriellen Varianzanalysen überprüft, ob sich Patienten mit unterschiedlich stark ausgeprägter **Depressivität** oder **psychopathologischer Belastung** in ihrer Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn unterscheiden. Dafür wurden die Patienten jeweils in drei Gruppen eingeteilt: Unterschieden wurde bezüglich der Depressivität anhand des BDI-Gesamtwertes zwischen Patienten mit einer unauffälligen, leichten und klinisch relevanten depressiven Symptomatik. Bei der psychopathologischen Belastung wurden Patienten anhand des SCL-GSI-Wertes mit einer unauffälligen, mit einer deutlich messbaren sowie einer starken psychopathologischen Belastung in drei Gruppen unterteilt (vgl. Kap. 4.3.2).

Tabelle 5.3.3.2a: Ressourcenrealisierung für Patienten mit unauffälliger, leichter und schwerer Depressivität zu Therapiebeginn

| | Unauffällig Depressivität BDIges Gr 1 | | Leichte Depressivität BDIges Gr 2 | | Schwere Depressivität BDIges Gr 3 | |
|---|--|------|--------------------------------------|------|--------------------------------------|------|
| | M | SD | M | SD | M | SD |
| Wohlbefinden RESA | 3,33 (n = 46) | ,81 | 2,69 (n = 41) | 1,15 | 2,23 (n = 70) | 1,05 |
| Stressbewältigung RESB | 3,21 (n = 46) | ,88 | 2,93 (n = 41) | ,96 | 2,51 (n = 69) | ,82 |
| Unterstützung RESC | 3,58 (n = 46) | 1,30 | 3,08 (n = 41) | 1,48 | 2,88 (n = 69) | 1,25 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,28 (n = 46) | ,77 | 3,15 (n = 41) | ,76 | 2,85 (n = 67) | ,94 |
| Selbstwerterleben RESE | 3,45 (n = 46) | ,95 | 3,03 (n = 40) | 1,13 | 2,41 (n = 68) | 1,09 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,92 (n = 46) | 1,02 | 3,47 (n = 41) | ,88 | 3,02 (n = 69) | 1,02 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,56 (n = 45) | 1,16 | 4,30 (n = 39) | 1,20 | 4,12 (n = 66) | 1,26 |
| Sinnfindung RESH | 4,17 (n = 45) | ,91 | 3,72 (n = 40) | ,85 | 3,52 (n = 66) | ,98 |
| Ressourcen- gesamtwert RESGES | 3,68 (n = 46) | ,72 | 3,27 (n = 41) | ,79 | 2,94 (n = 68) | ,76 |

Für die verschiedenen Ausprägungsgrade bzgl. der **Depressivität** zeigen sich signifikante Unterschiede im *Ressourcengesamtwert* als auch für die einzelnen Ressourcenbereiche mit Ausnahme für die Realisierung *Naher Beziehungen* und zwar insbesondere zwischen den beiden Extremgruppen (hohe Depressivität vs. unauffällige

5.3 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

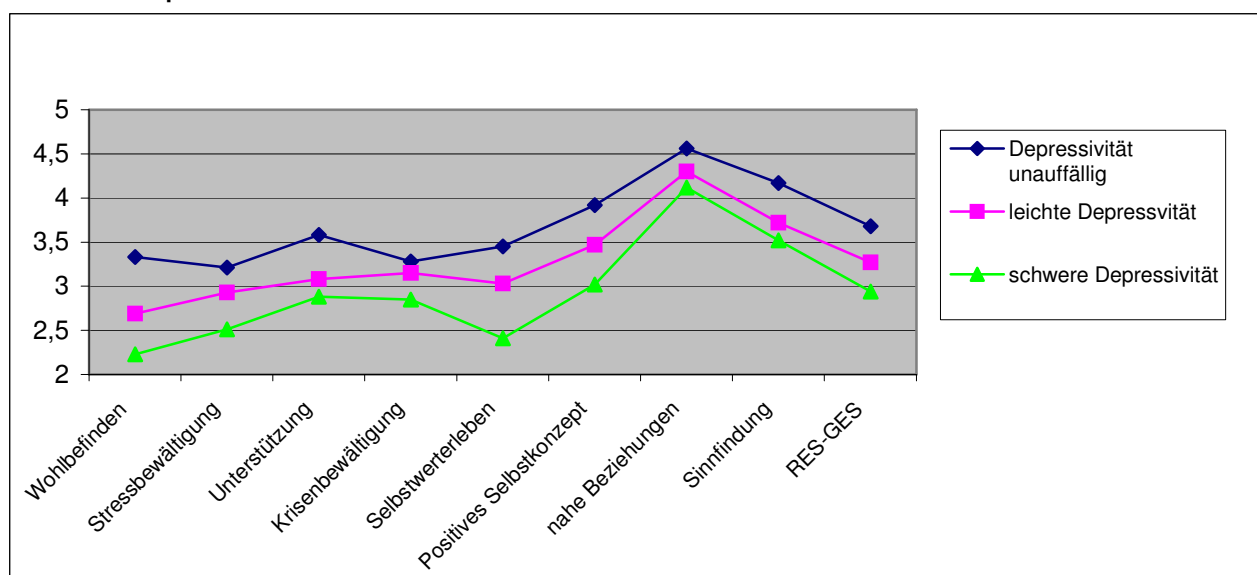
Depressivität): Schwer depressive Patienten realisieren insgesamt weniger Ressourcen als Patienten mit unauffälligen Depressionswerten (siehe Tab. 5.3.3.2a/b, Abb. 5.3.3.1 sowie Anhang C, Tab. C4).

Tabelle 5.3.3.2b: Einfaktorielle ANOVA, Ressourcenrealisierung für Patienten mit unauffälliger, leichter und schwerer Depressivität zu Therapiebeginn

| | df | F | Sig. (2-seitig) | K ¹ | Eta ² |
|------------------------------------|-------|-------|-----------------|----------------|------------------|
| Wohlbefinden RESA | 2/154 | 16,19 | ,000 | ** | ,174 |
| Stressbewältigung RESB | 2/153 | 9,12 | ,000 | ** | ,106 |
| Unterstützung RESC | 2/153 | 3,94 | ,022 | n. sig. | ,049 |
| Krisenbewältigung RESD | 2/151 | 3,76 | ,025 | n. sig. | ,047 |
| Selbstwelterleben RESE | 2/151 | 13,73 | ,000 | ** | ,154 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 2/153 | 11,49 | ,000 | ** | ,131 |
| Nahe Beziehungen RESG | 2/147 | 1,86 | ,159 | n. sig. | ,025 |
| Sinnfindung RESH | 2/148 | 6,67 | ,002 | * | ,083 |
| Ressourcen-gesamt RESGES | 2/152 | 13,06 | ,000 | ** | ,147 |

¹ Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01+

Abbildung 5.3.3.1: Mittelwerte der Ressourcenrealisierung für Patienten unauffälliger, leichter und schwerer Depressivität



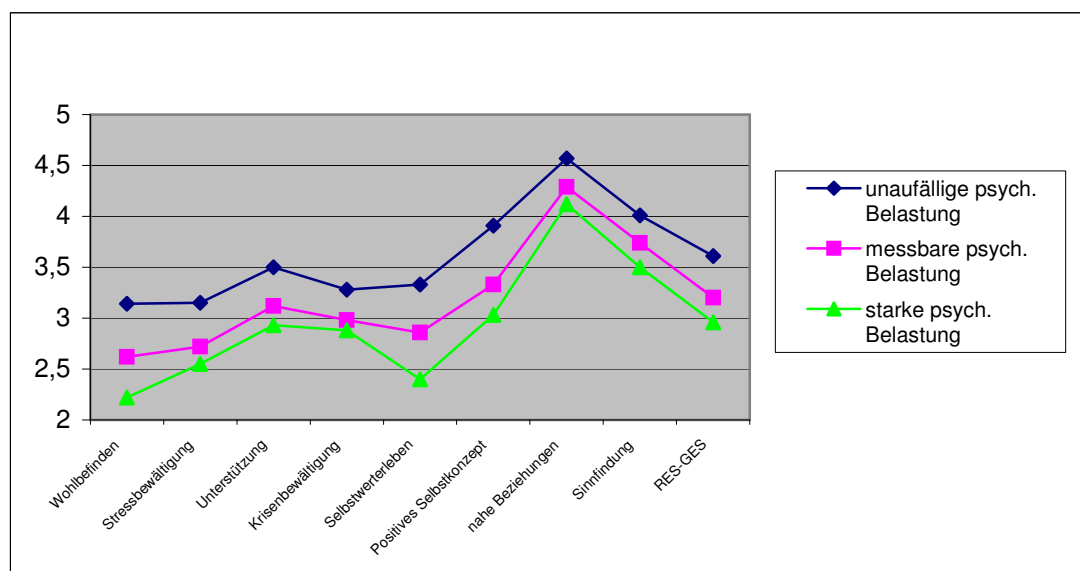
Für den Ressourcenbereich *Wohlbefinden* konnte zudem auch ein Unterschied zwischen Patienten mit unauffälligen Depressionswerten und leicht ausgeprägter Depressivität aufgedeckt werden. Für die Bereiche *Wohlbefinden*, *Selbstwelterleben* und den *Ressourcengesamt*wert können die Effektstärken als groß interpretiert werden. Mittlere

5.3 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

Effekte liegen für die Bereiche *Stressbewältigung*, *Positives Selbstkonzept* und *Sinnfindung* vor. Für diese Bereiche liegen die Ergebnisse auch nach Bonferroni-Korrektur noch im signifikanten Bereich. Für die übrigen Bereiche konnten hingegen nur kleine Effekte gefunden werden, die Unterschiede sind nach Bonferroni-Korrektur nicht mehr signifikant.

Signifikante Unterschiede in der Ressourcenrealisierung im *Ressourcengesamtwert* als auch in allen Ressourcenbereichen mit Ausnahme der beiden Bereiche Realisierung *Naher Beziehungen* und der Realisierung von *Unterstützung* sowie für den Bereich *Krisenbewältigung* nur bei Annahme eines 10%-Alpha-Niveaus zeigen sich auch in Abhängigkeit des Schweregrads der **psychopathologischen Belastung**, und zwar insbesondere auch wieder zwischen den Extremgruppen, wobei Patienten mit einer unauffälligen Belastung über die höchste Ressourcenrealisierung verfügen und Patienten mit einer schweren psychopathologischen Belastung am wenigsten Ressourcen realisieren. Für den *Ressourcengesamtwert* als auch in den Bereichen *Wohlbefinden*, *Stressbewältigung* und *Positives Selbstkonzept* liegt neben dem Extremgruppenunterschied (unauffällige vs. schwere psychopathologische Belastung) zusätzlich auch ein bedeutsamer Unterschied zwischen Patienten mit unauffälliger und mittlerer Belastung vor (siehe Tab. 5.3.3.3a/b, Abb. 5.3.3.2 sowie Anhang C, Tab. C5). Für die Unterschiede in Abhängigkeit der psychopathologischen Belastung liegen nach Bonferroni-Korrektur noch hochsignifikante Ergebnisse sowie mittlere Effekte für die Bereiche *Wohlbefinden*, *Stressbewältigung*, *Selbstwelterleben*, *Positives Selbstkonzept* und den *Ressourcengesamtwert* vor. Für die übrigen Bereiche sind die Effektstärken als klein einzuordnen.

Abbildung 5.3.3.2: Mittelwerte der Ressourcenrealisierung für Patienten mit unauffälliger, messbarer und starker psychopathologischer Belastung zu Therapiebeginn



5.3 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

Tabelle 5.3.3.3a: Ressourcenrealisierung für Patienten mit unauffälliger, messbarer und starker psychopathologischer Belastung zu Therapiebeginn

| | Unauffällige Belastung SCLGSI Gr 1 | | Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | | Starke Belastung SCLGSI Gr 3 | |
|--|---------------------------------------|------|-----------------------------------|------|---------------------------------|------|
| | M | SD | M | SD | M | SD |
| Wohlbefinden RESA | 3,14 (n = 56) | 1,02 | 2,62 (n = 74) | 1,17 | 2,22 (n = 49) | 1,08 |
| Stressbewältigung RESB | 3,15 (n = 55) | ,92 | 2,72 (n = 73) | ,95 | 2,55 (n = 49) | ,77 |
| Unterstützung RESC | 3,50 (n = 56) | 1,34 | 3,12 (n = 74) | 1,35 | 2,93 (n = 49) | 1,22 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,28 (n = 56) | ,91 | 2,98 (n = 74) | ,80 | 2,88 (n = 47) | ,85 |
| Selbstwerterleben RESE | 3,33 (n = 55) | 1,15 | 2,86 (n = 73) | 1,11 | 2,40 (n = 48) | 1,03 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,91 (n = 55) | ,90 | 3,33 (n = 74) | 1,02 | 3,03 (n = 49) | ,98 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,57 (n = 55) | 1,18 | 4,29 (n = 71) | 1,20 | 4,12 (n = 47) | 1,20 |
| Sinnfindung RESH | 4,01 (n = 55) | ,93 | 3,74 (n = 71) | ,85 | 3,50 (n = 47) | 1,01 |
| Ressourcen- gesamt wert RESGES | 3,61 (n = 55) | ,79 | 3,20 (n = 74) | ,79 | 2,96 (n = 48) | ,73 |

Tabelle 5.3.3.3b: Einfaktorielle ANOVA, Ressourcenrealisierung für Patienten mit unauffälliger, messbarer und starker psychopathologischer Belastung zu Therapiebeginn

| | df | F | Sig. (2-seitig) | K ¹ | Eta ² |
|--|-------|-------|--------------------|----------------|------------------|
| Wohlbefinden RESA | 2/176 | 9,46 | ,000 | ** | ,097 |
| Stressbewältigung RESB | 2/174 | 6,56 | ,002 | * | ,070 |
| Unterstützung RESC | 2/176 | 2,62 | ,075 | n. sig. | ,029 |
| Krisenbewältigung RESD | 2/174 | 3,22 | ,042 | n. sig. | ,036 |
| Selbstwerterleben RESE | 2/173 | 9,17 | ,000 | ** | ,096 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 2/175 | 11,06 | ,000 | ** | ,112 |
| Nahe Beziehungen RESG | 2/170 | 1,92 | ,149 | n. sig. | ,022 |
| Sinnfindung RESH | 2/170 | 3,83 | ,024 | n. sig. | ,043 |
| Ressourcen- gesamt wert RESGES | 2/174 | 9,44 | ,000 | ** | ,098 |

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

5.3.3 Zusammenfassung:

Es wurde untersucht, inwieweit die psychische Belastung einen Einfluss auf die Ressourcenrealisierung von Psychosomatikpatienten zum Therapiebeginn hat. Dazu wurden als psychische Belastungen die Depressivität (BDI) und psychopathologische Belastung (SCL 90-R) herangezogen.

Eine hohe Ausprägung an Depressivität oder psychopathologischer Belastung zu Therapiebeginn geht mit einer niedrigen Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn einher. Besonders deutlich wird der Unterschied in der Ressourcenrealisierung zwischen den Extremgruppen der hoch belasteten und unauffälligen Patienten. Am stärksten ausgeprägt sind die Unterschiede in Abhängigkeit der psychischen Belastung für die Ressourcenbereiche Wohlbefinden, Selbstwerterleben, Positives Selbstkonzept und Stressbewältigung, welche sowohl für die Depressivität als auch die psychopathologische Belastung mindestens im mittleren Bereich einzustufen sind. Insgesamt fallen die Effektstärken für die psychopathologische Belastung etwas niedriger aus als für die Depressivität.

5.4 Ressourcenrealisierung und Behandlungsmerkmale

Im Fokus des vorliegenden Kapitels steht die Ergebnisdarstellung zum Einfluss der Ressourcenrealisierung zu Behandlungsbeginn auf bestimmte zum Entlasszeitpunkt vorliegende „klassische“ Behandlungsmerkmale bzw. kurzfristige Therapieerfolgsmerkmale. Es wurden ausgewählt die Behandlungsdauer und Entlassmodus sowie Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zum Behandlungsende. Zum anderen wurde die Veränderung psychischer Belastung (analog zu den Patientenmerkmalen: Depressivität sowie psychopathologische Belastung, vgl. Kap. 5.3) während der Therapie herangezogen. Zur Untersuchung der Fragestellung wurden korrelative Analysen bzw. T-Tests für unabhängige Stichproben verwendet.

Zusammenhänge zwischen der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und der **Behandlungsdauer** können mit Ausnahme für einen marginalen als klein einzustufenden Zusammenhang (auf 10% Alpha-Niveau) für den Bereich *Stressbewältigung* nicht nachgewiesen werden (siehe Tab. 5.4.1).

5.4 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Behandlungsmerkmale

Tabelle 5.4.1: Korrelationen nach Pearson (einseitige Testung) Ressourcenrealisierung und Behandlungsdauer

| | RESA: Wohl- befinden | RESB: Stressbe- wältigung | RESC: Unter- stützung | RESD: Krisenbe- wältigung | RESE: Selbst- wert- erleben | RESF: Pos. Selbst- konzept | RESG: Nahe Be- ziehungen | RESH: Sinn- findung | RESGES: Ressourcen- Gesamtwert |
|---------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Kor | -,035 | -,110 | -,021 | ,036 | ,016 | ,017 | -,085 | -,067 | -,037 |
| Sig./K¹ | ,321 | ,072 | ,391 | ,315 | ,415 | ,410 | ,131 | ,190 | ,313 |
| N | 181 | 179 | 181 | 179 | 178 | 180 | 175 | 175 | 179 |

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Auch unterscheiden sich Patienten nur tendenziell in ihrer Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn in Abhängigkeit davon, ob sie **vorzeitig oder regulär entlassen** worden sind. Allein für den Ressourcenbereich *Krisenbewältigung* konnte ein marginaler als klein einzustufender Unterschied (auf 10% Alpha-Niveau) gefunden werden: Regulär entlassene Patienten realisieren mehr Ressourcen als vorzeitig entlassene Patienten (siehe Tab. 5.4.2). Zusätzlich können für die Ressourcenbereiche *Wohlbefinden*, *Krisenbewältigung*, *Selbstwerterleben* sowie *Nahe Beziehungen* noch kleine Effektstärken aufgedeckt werden, wobei sich für die Realisierung von *Nahen Beziehungen* zeigt, dass Patienten, die vorzeitig entlassen wurden, zu Beginn der Behandlung mehr Ressourcen realisiert haben.

Tabelle 5.4.2: T-Tests für unabhängige Stichproben, Ressourcenrealisierung und Entlassmodus

| | Vorzeitig | | regulär | | T | df | Sig. (2- seitig) | K ¹ | d |
|--|-----------------|------|-----------------|------|--------|-----|------------------------|----------------|------|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden RESA | 2,41 (n= 45) | 1,15 | 2,72 (n=134) | 1,14 | -1,385 | 179 | ,168 | n. sig. | -,24 |
| Stressbewältigung RESB | 2,84 (n= 45) | 1,09 | 2,79 (n=132) | ,88 | ,273 | 177 | ,786 | n. sig. | ,05 |
| Unterstützung RESC | 3,20 (n= 46) | 1,39 | 3,19 (n=133) | 1,31 | ,054 | 179 | ,958 | n. sig. | ,01 |
| Krisenbewältigung RESD | 2,81 (n= 44) | ,97 | 3,10 (n=133) | ,83 | -1,755 | 177 | ,082 | n. sig. | -,31 |
| Selbstwerterleben RESE | 2,64 (n= 44) | 1,28 | 2,94 (n=132) | 1,11 | -1,296 | 176 | ,196 | n. sig. | -,23 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,32 (n= 45) | 1,22 | 3,45 (n=133) | ,98 | -,666 | 178 | ,506 | n. sig. | -,12 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,60 (n= 44) | 1,05 | 4,26 (n=129) | 1,22 | 1,451 | 173 | ,150 | n. sig. | ,25 |
| Sinnfindung RESH | 3,67 (n= 42) | 1,12 | 3,79 (n=131) | ,89 | -,652 | 173 | ,516 | n. sig. | -,12 |
| Ressourcengesamt- wert RESGES | 3,18 (n= 44) | 0,91 | 3,28 (n=133) | ,78 | -,603 | 177 | ,548 | n. sig. | -,10 |

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Weiterhin zeigt sich, dass Patienten, die zu Therapieende als **erwerbsfähig** eingestuft wurden, auch schon zu Therapiebeginn über mehr Ressourcen verfügt haben als Patienten, die zu Behandlungsende als erwerbsunfähig eingeschätzt wurden (siehe Tab. 5.4.3): Es liegen mit Ausnahme für den Bereich *Nahe Beziehungen* für alle Ressourcenbereiche signifikante Ergebnisse vor (bei Annahme $\alpha < .10$), die für die Bereiche *Unterstützung*, *Selbstwerterleben*, *Positives Selbstkonzept*, *Sinnfindung* und den

5.4 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Behandlungsmerkmale

Ressourcengesamtwert auch noch nach Anwendung der Bonferroni-Korrektur im signifikanten Bereich liegen und sogar große Effekte ergeben. Für die übrigen Bereiche liegen die Effektstärken im mittleren Bereich (Ausnahme *Nahe Beziehungen*: kleiner Effekt).

Tabelle 5.4.3: T-Tests für unabhängige Stichproben, Ressourcenrealisierung und Erwerbsfähigkeit zu Therapieende

| | Nicht erwerbsfähig | | erwerbsfähig | | T | df | Sig. (1-seitig) | K ¹ | d |
|---------------------------------------|--------------------|------|-----------------|------|--------------------|------------|-----------------|----------------|-------|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden RESA | 2,02 (n= 10) | 1,36 | 2,71 (n=171) | 1,13 | -1,862 | 179 | ,032 | n. sig. | -,65 |
| Stressbewältigung RESB | 2,25 (n= 10) | ,97 | 2,83 (n=169) | ,91 | -1,973 | 177 | ,025 | n. sig. | -,84 |
| Unterstützung RESC | 2,17 (n= 11) | 1,15 | 3,26 (n=170) | 1,31 | -2,688 | 179 | ,004 | * | -2,19 |
| Krisenbewältigung RESD | 2,41 (n= 11) | 1,30 | 3,08 (n=168) | ,81 | 1,706 ² | 10,51 7 | ,059 | n. sig. | -,53 |
| Selbstwerterleben RESE | 1,63 (n= 10) | 1,30 | 2,96 (n=168) | 1,10 | -3,688 | 176 | ,000 | ** | -1,21 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 2,24 (n= 10) | 1,19 | 3,50 (n=170) | ,97 | -3,944 | 178 | ,000 | ** | -1,29 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,00 (n= 11) | 1,55 | 4,35 (n=164) | 1,17 | -,928 | 173 | ,168 | n. sig. | -,29 |
| Sinnfindung RESH | 2,70 (n= 10) | ,91 | 3,83 (n=165) | 0,90 | -3,883 | 173 | ,000 | ** | -1,27 |
| Ressourcengesamtwert RESGES | 2,38 (n= 10) | ,86 | 3,31 (n=169) | 0,77 | -3,679 | 177 | ,000 | ** | -1,20 |

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*; ²keine Varianzhomogenität

Tabelle 5.4.4: T-Tests für unabhängige Stichproben, Ressourcenrealisierung und Arbeitsfähigkeit zu Therapieende

| | Arbeitsunfähig | | Arbeitsfähig | | T | df | Sig. (1-seitig) | K ¹ | d |
|---------------------------------------|-----------------|------|-----------------|------|-------|-----|-----------------|----------------|------|
| | M | SD | M | SD | | | | | |
| Wohlbefinden RESA | 2,63 (n= 45) | 1,20 | 2,67 (n=135) | 1,13 | ,235 | 178 | ,407 | n. sig. | ,04 |
| Stressbewältigung RESB | 2,61 (n= 45) | 1,14 | 2,86 (n=133) | 0,84 | 1,544 | 176 | ,062 | n. sig. | ,27 |
| Unterstützung RESC | 3,30 (n= 46) | 1,36 | 3,15 (n=134) | 1,32 | -,674 | 178 | ,251 | n. sig. | -,12 |
| Krisenbewältigung RESD | 2,94 (n= 44) | 1,01 | 3,07 (n=134) | 0,81 | ,887 | 176 | ,188 | n. sig. | ,15 |
| Selbstwerterleben RESE | 2,67 (n= 44) | 1,26 | 2,97 (n=132) | 1,09 | 1,498 | 175 | ,068 | n. sig. | ,26 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,39 (n= 45) | 1,15 | 3,44 (n=134) | 0,98 | ,278 | 177 | ,391 | n. sig. | ,05 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,39 (n= 44) | 1,28 | 4,30 (n=130) | 1,18 | -,467 | 172 | ,321 | n. sig. | -,08 |
| Sinnfindung RESH | 3,60 (n= 42) | 1,03 | 3,81 (n=132) | 0,90 | 1,304 | 172 | ,097 | n. sig. | ,23 |
| Ressourcengesamtwert RESGES | 3,20 (n= 44) | 0,91 | 3,28 (n=134) | 0,77 | ,577 | 176 | ,283 | n. sig. | ,10 |

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Bezüglich der **Arbeitsfähigkeit** bei Entlassung konnten nur schwache Unterschiede in den Bereichen *Stressbewältigung*, *Selbstwerterleben* und *Sinnfindung* auf einem 10% Alpha-Niveau statistisch abgesichert werden. Die Effekte sind als klein einzustufen (siehe Tab. 5.4.4).

5.4 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Behandlungsmerkmale

Die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und der Veränderung der psychischen Belastung im Therapieverlauf ergibt für die **Veränderung der Depressivität** (BDI) bei Kontrolle des Einflusses der Depressivität zu Therapiebeginn nur vereinzelt schwache Zusammenhänge: Patienten mit einer hohen Ressourcenrealisierung in den Bereichen *Krisenbewältigung* und *Nahen Beziehungen* (bei Annahme eines 10% Alpha-Niveaus) weisen eine höhere Belastungsreduktion auf (vgl. Tab. 5.4.5). Die Effekte für diese beiden Bereiche können als klein eingestuft werden.

Tabelle 5.4.5 Partialkorrelationen nach Pearson (einseitige Testung), Ressourcenrealisierung und Veränderung psychische Belastung

| | | Veränderung Depressivität BDIGES-XBDIGES (Kontrolle BDIGES zu Therapie- beginn), N= 119 | Veränderung psychopath. Belastung SCLGSI-XSCLGSI (Kontrolle SCLGSI zu Therapiebeginn), N= 148 |
|---|---------------------------|--|--|
| Wohlbefinden RESA | Kor Sig/K ¹ | -,024 ,396 | -,053 ,261 |
| Stressbewältigung RESB | Kor Sig/K ¹ | -,016 ,431 | ,121 ,070 |
| Unterstützung RESC | Kor Sig/K ¹ | -,000 ,499 | ,034 ,340 |
| Krisenbewältigung RESD | Kor Sig/K ¹ | ,188 ,019 | ,158 ,027 |
| Selbstwerterleben RESE | Kor Sig/K ¹ | -,005 ,480 | -,041 ,309 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | Kor Sig/K ¹ | -,021 ,410 | ,081 ,162 |
| Nahe Beziehungen RESG | Kor Sig/K ¹ | ,142 ,060 | ,024 ,387 |
| Sinnfindung RESH | Kor Sig/K ¹ | -,023 ,399 | ,033 ,343 |
| Ressourcen- gesamtwert RESGES | Kor Sig/K ¹ | ,048 ,301 | ,067 ,208 |

¹ Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Um Unterschiede in der Veränderung der Depressivität aufzudecken wurde auf die individuellen Veränderungen der einzelnen Patienten hinsichtlich ihrer klinischen und statistischen Bedeutsamkeit zurückgegriffen und die Gruppe „erfolgreicher“ und „erfolgloser“ Patienten miteinander verglichen. Als erfolgreich werden Patienten bezeichnet, die sich hinsichtlich ihrer psychischen Belastung während der Therapie statistisch und klinisch signifikant verbessert haben, was für die vorliegende Untersuchung jedoch nur für 15,2% der Patienten zutrifft (vgl. Tab. 5.4.6, Zelle 2). Im Vergleich dazu werden Patienten als erfolglos gewertet, die auch zu Behandlungsende weiterhin eine klinisch bedeutsame psychische Belastung aufweisen unter Ausschluss der Patienten, die sich statistisch verbessert haben. Weiterhin werden zu den erfolglosen Patienten solche gezählt, die zwar eine klinische Verbesserung zu verzeichnen haben, jedoch aufgrund fehlender statistischer Bedeutsamkeit von einer zufälligen Veränderung auszugehen ist (siehe Tab. 5.4.6; Zellen 7, 8, 10-12, vgl.

5.4 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Behandlungsmerkmale

auch Jacobson & Truax, 1991 oder Kap. 4.3.3). Als erfolglos nach obiger Definition gelten immerhin 31,0% der Patienten.

Tabelle 5.4.6: Klinisch und statistisch bedeutsame Veränderung der Depressivität (BDIGES-XBDIGES)

| | Klinisch gesund, unverändert | Klinisch verbessert (vorher krank, nachher gesund) | Klinisch verschlechtert (vorher gesund, nachher krank) | Klinisch krank, unverändert | Gesamt |
|---------------------------------------|---------------------------------|---|---|--------------------------------|-------------------------|
| Statistisch verbessert | Zelle 1 7,6% n= 0 | Zelle 2 15,2% n= 20 | Zelle 3 0% n= 0 | Zelle 4 3,0% n= 4 | 25,8% n= 34 |
| Statistisch verschlechtert | Zelle 5 1,5% n= 2 | Zelle 6 0% n= 0 | Zelle 7 3,8% n= 5 | Zelle 8 1,5% n= 2 | 6,8% n= 9 |
| Statistisch Unverändert | Zelle 9 41,7% n= 55 | Zelle 10 9,8% n= 13 | Zelle 11 3,0% n= 4 | Zelle 12 12,9% = 17 | 67,4% n= 89 |
| Gesamt | 50,8% n= 67 | 25,0% n= 33 | 6,8% n= 9 | 17,4% n= 23 | 100,0% N=132 |

Tabelle 5.4.7: T-Tests für unabhängige Stichproben, Vergleich der Ressourcenrealisierung erfolgreicher und erfolgloser Patienten (Veränderung Depressivität)

| | Erfolgreiche Pat. (Statistisch und klinisch verbessert) | | Erfolglose Pat. (Krank unverändert/ verschlechtert) | | T-Tests für unabhängige Stichproben | | | | |
|---|--|------|--|------|-------------------------------------|----|------------------------|----------------|------|
| | M | SD | M | SD | T | df | Sig. (1- seitig) | K ¹ | d |
| Wohlbefinden RESA | 2,24 n= 20 | 1,29 | 2,30 n= 41 | 1,04 | -,251 | 59 | ,402 | n. sig. | -,07 |
| Stressbewältigung RESB | 2,61 n= 20 | ,86 | 2,45 n= 40 | ,90 | ,652 | 58 | ,259 | n. sig. | ,18 |
| Unterstützung RESC | 3,00 n= 20 | 1,44 | 2,82 n= 40 | 1,34 | ,485 | 58 | ,315 | n. sig. | ,14 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,13 n= 20 | 1,05 | 2,68 n= 38 | ,69 | 1,975 | 56 | ,027 | n. sig. | ,56 |
| Selbstwerterleben RESE | 2,55 n= 20 | 1,25 | 2,52 n= 39 | ,97 | ,097 | 57 | ,462 | n. sig. | ,03 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,17 n= 20 | ,91 | 3,15 n= 40 | ,97 | ,082 | 58 | ,468 | n. sig. | ,02 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,28 n= 20 | ,97 | 4,05 n= 38 | 1,35 | ,694 | 56 | ,245 | n. sig. | ,20 |
| Sinnfindung RESH | 3,56 n= 20 | 1,03 | 3,64 n= 38 | ,92 | -,302 | 56 | ,382 | n. sig. | -,08 |
| Ressourcen- gesamtwert RESGES | 3,09 n= 20 | ,88 | 2,95 n= 39 | ,77 | ,637 | 57 | ,264 | n. sig. | ,18 |

¹ Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01⁺

Die Ergebnisse der durchgeführten T-Tests für unabhängige Stichproben für die Veränderung der Depressivität verdeutlichen korrespondierend zu den Ergebnissen der korrelativen Analysen, dass erfolgreiche Patienten nur im Bereich *Krisenbewältigung* signifikant mehr Ressourcen zu Therapiebeginn realisiert haben im Vergleich zu „nicht-erfolgreichen“ Patienten. Dieser Unterschied kann als mittel groß eingestuft werden, liegt aber nach Anwendung der Bonferroni-Korrektur nicht mehr im signifikanten Bereich. Für alle

anderen Ressourcenbereiche liegen keine signifikanten Unterschiede zwischen erfolgreichen und erfolglosen Patienten vor (vgl. Tab. 5.4.7).

Für die **Veränderung der psychopathologischen Belastung** ergeben sich signifikante positive Zusammenhänge ebenfalls zur *Krisenbewältigung* und zusätzlich zur *Stressbewältigung* (auf 10% Alpha-Niveau). Patienten mit einem hohen Ausmaß an Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn in den betreffenden Bereichen zeigen somit eher eine Veränderung in ihrer psychopathologischen Belastung als Patienten mit einer niedrigeren Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn in den betreffenden Bereichen. Die Ergebnisse liegen nach Anwendung der Bonferroni-Korrektur allerdings nicht mehr im signifikanten Bereich; auch ist die Höhe der Korrelationen niedrig ausgeprägt (siehe Tab. 5.4.5).

Tabelle 5.4.8 Klinisch und statistisch bedeutsame Veränderung der psychopathologischen Belastung (SCLGSI-XSCLGSI)

| | Klinisch gesund, unverändert | Klinisch verbessert (vorher krank, nachher gesund) | Klinisch verschlechtert (vorher gesund, nachher krank) | Klinisch krank, unverändert | Gesamt |
|-----------------------------------|------------------------------|---|---|-----------------------------|------------------|
| Statistisch verbessert | Zelle 1 7,3% n= 12 | Zelle 2 23,6% n= 39 | Zelle 3 ,0% n= 0 | Zelle 4 11,5% n= 19 | 42,4% n= 70 |
| Statistisch verschlechtert | Zelle 5 ,6% n= 1 | Zelle 6 ,0% n= 0 | Zelle 7 4,3% n= 7 | Zelle 8 14,5% n= 24 | 19,4% n= 32 |
| Statistisch Unverändert | Zelle 9 18,8% n= 31 | Zelle 10 ,6% n= 1 | Zelle 11 1,2% n= 2 | Zelle 12 17,6% n= 9 | 38,2% n= 63 |
| Gesamt | 26,7% n= 44 | 24,2% n= 40 | 5,5% n= 9 | 43,6% n= 72 | 100,0% N= 165 |

Tabelle 5.4.8 zeigt für die psychopathologische Belastung, dass insgesamt 23,6% der Patienten als erfolgreich eingestuft werden können. Dem gegenüber gelten jedoch auch 38,2% der Patienten nach obiger Definition als erfolglos bzgl. der Veränderung ihrer psychopathologischen Belastung.

Der Vergleich erfolgreicher vs. erfolgloser Patienten ergibt wie auch für die Veränderung der Depressivität nur für die Realisierung von *Krisenbewältigung* einen signifikanten Unterschied, was bedeutet, dass hinsichtlich der Veränderung der psychopathologischen Belastung erfolgreiche Patienten signifikant mehr Ressourcen zu Therapiebeginn im Bereich *Krisenbewältigung* realisiert haben als nicht-erfolgreiche Patienten. Es handelt sich bei dem gefundenen Unterschied um einen kleinen Effekt (vgl. Tab. 5.4.9). Zusätzlich liegt für den Ressourcenbereich *Stressbewältigung* – auf einem 10%

5.4 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und Behandlungsmerkmale

Alpha-Niveau- ein kleiner Effekt vor. Nach Bonferroni-Korrektur ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse mehr.

Tabelle 5.4.9: T-Tests für unabhängige Stichproben, Vergleich der Ressourcenrealisierung erfolgreicher und erfolgloser Patienten (Veränderung psychopath. Belastung)

| | Erfolgreiche Pat. (Statistisch und klinisch verbessert) | | Erfolglose Pat. (Krank unverändert/ verschlechtert) | | T-Tests für unabhängige Stichproben | | | | |
|--|--|------|--|------|-------------------------------------|-----|------------------------|----------------|------|
| | M | SD | M | SD | T | df | Sig. (1- seitig) | K ¹ | d |
| Wohlbefinden RESA | 2,44 n= 39 | 1,18 | 2,67 n= 63 | 1,17 | -,944 | 100 | ,174 | n. sig. | -,19 |
| Stressbewältigung RESB | 2,85 n=39 | ,80 | 2,61 n= 61 | ,94 | 1,339 | 98 | ,092 | n. sig. | ,28 |
| Unterstützung RESC | 3,08 n= 39 | 1,23 | 2,99 n= 62 | 1,36 | ,343 | 99 | ,367 | n. sig. | ,07 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,15 n= 39 | ,82 | 2,88 n= 61 | ,72 | 1,742 | 98 | ,043 | n. sig. | ,36 |
| Selbstwerterleben RESE | 2,77 n= 38 | 1,21 | 2,81 n= 61 | 1,07 | -,186 | 97 | ,427 | n. sig. | -,04 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,43 n= 39 | 1,07 | 3,29 n= 62 | ,96 | ,681 | 99 | ,249 | n. sig. | ,14 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,17 n= 39 | 1,22 | 4,30 N= 58 | 1,12 | -,565 | 95 | ,287 | n. sig. | -,12 |
| Sinnfindung RESH | 3,84 n=39 | ,95 | 3,74 n= 57 | ,85 | ,575 | 94 | ,283 | n. sig. | ,12 |
| Ressourcengesamt- wert RESGES | 3,22 n= 39 | ,82 | 3,15 n= 61 | ,71 | ,424 | 98 | ,337 | n. sig. | ,09 |

¹ Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001^{**}, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01⁺

5.4 Zusammenfassung:

Es wurde der Einfluss der Ressourcenrealisierung zum Beginn einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung auf Behandlungsmerkmale bzw. unmittelbare Erfolgsmerkmale, die zum Behandlungsende vorlagen, untersucht. Dazu zählen zum einen die Behandlungsdauer, Entlassmodus, Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit. Zum anderen wurde die Ressourcenrealisierung im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Veränderung der psychischen Belastung im Behandlungsverlauf als kurzfristiges Erfolgsmerkmal analysiert.

Für die Behandlungsdauer als auch den Entlassmodus zeigte sich nur tendenziell, dass Patienten mit einer höheren Ressourcenrealisierung zu Behandlungsbeginn kürzer behandelt werden bzw. eher regulär entlassen werden. In Abhängigkeit der Erwerbsfähigkeit bei Entlassung zeigen sich deutliche Unterschiede mit mindestens mittleren Effekten in der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn: Zu Behandlungsende erwerbsfähige Patienten haben zu Therapiebeginn insgesamt signifikant mehr Ressourcen realisiert als erwerbsunfähige Patienten. Für die Bereiche Wohlbefinden, Unterstützung, Selbstwerterleben, Positives Selbstkonzept und Sinnfindung handelt es sich um große Effekte. Für die Arbeitsfähigkeit bei Entlassung ist die Ressourcenrealisierung zu

Therapiebeginn mit wenn nur als klein einzustufenden Effekten hingegen nahezu unbedeutend.

Die Bedeutung der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn für die Veränderung der psychischen Belastung (Depressivität und psychopathologische Belastung) ist nur gering: Eine hohe Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn hängt schwach mit einer höheren Reduktion der psychischen Belastung zusammen bzw. in ihrer Belastungsreduktion erfolgreiche Patienten unterscheiden sich tendenziell von nicht-erfolgreichen Patienten im Ausmaß ihrer Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn. Dabei erweist sich nur der Ressourcenbereich Krisenbewältigung als relevant.

5.5 Ressourcenrealisierung und längerfristiger Therapieerfolg

Als eine zentrale Fragestellung der Studie interessiert, welche Patienten ein Jahr nach Beendigung der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung als erfolgreich gelten und welche Bedeutung dabei der Ressourcenrealisierung zukommt. Dabei wird der Einfluss der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn, zu Therapieende sowie der Veränderung der Ressourcenrealisierung im Therapieverlauf untersucht. Der längerfristige Therapieerfolg wird ein Jahr nach Beendigung der stationären Behandlung über drei Kriterien gemessen, die der Katamneseerhebung der untersuchten Klinik entnommen wurden (vgl. Kap. 4.3.4): Zum einen werden Angaben des Patienten zu Arbeitsunfähigkeitszeiten nach Abschluss der stationären Behandlung herangezogen. Zum anderen wird der Patient nach seiner rückblickenden subjektiven Bewertung des Therapieerfolgs sowie nach der Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebenssituation gefragt (korrelative Zusammenhänge der Ergebniskriterien siehe Anhang C, Tab. C6). Um über korrelative Analysen hinaus differenziertere Aussagen darüber machen zu können, inwieweit sich der Behandlungserfolg zum Katamnesezeitpunkt anhand der Ressourcenrealisierung vorhersagen lässt, wurden multiple lineare Regressionen (Methode Einschluss) mit den einzelnen Erfolgskriterien durchgeführt.

5.5.1 Arbeitsfähigkeit

Ein Zusammenhang zwischen der **Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn** und der Arbeitsunfähigkeitsdauer nach Beendigung der stationären Behandlung in dem Sinne, dass eine hohe Ressourcenrealisierung mit einer kürzeren Arbeitsunfähigkeitsdauer einhergeht, kann nicht bestätigt werden (vgl. Tab. 5.5.1.1): Es ergeben sich keine bedeutsamen Zusammenhänge, wobei der korrelative Zusammenhang für die Ressourcenbereiche *Wohlbefinden* und *Stressbewältigung* auch bei fehlender Signifikanz noch als kleiner Effekt einzustufen ist. Wie die korrelativen Ergebnisse bereits nahe legen,

5.5 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und längerfristiger Therapieerfolg

eignet sich die Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn auch nicht zur Vorhersage der Arbeitsunfähigkeitsdauer (vgl. Tab. 5.5.1.2).

Tabelle 5.5.1.1: Korrelationen nach Pearson (einseitige Testung) Ressourcenrealisierung und Arbeitsunfähigkeitsdauer ein Jahr nach Therapieende

| | | Ressourcen- realisierung zu Therapiebeginn – AU-Dauer | Ressourcen- realisierung zu Therapieende – AU-Dauer | Veränderung Ressourcen- realisierung (t ₂ -t ₁) AU-Dauer |
|--|---------------------|--|--|--|
| Wohlbefinden RESA | Kor | -,106 | -,155 | ,045 |
| | Sig./K ¹ | ,113 | ,049 | ,316 |
| | N | 133 | 115 | 114 |
| Stressbewältigung RESB | Kor | -,101 | -,107 | ,042 |
| | Sig./K ¹ | ,126 | ,130 | ,330 |
| | N | 132 | 114 | 112 |
| Unterstützung RESC | Kor | -,027 | -,062 | ,057 |
| | Sig./K ¹ | ,378 | ,254 | ,272 |
| | N | 133 | 115 | 114 |
| Krisenbewältigung RESD | Kor | ,022 | -,146 | -,137 |
| | Sig./K ¹ | ,400 | ,061 | ,074 |
| | N | 133 | 114 | 113 |
| Selbstwerterleben RESE | Kor | -,053 | -,098 | -,023 |
| | Sig./K ¹ | ,273 | ,150 | ,404 |
| | N | 131 | 115 | 112 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | Kor | -,014 | -,053 | -,032 |
| | Sig./K ¹ | ,439 | ,288 | ,369 |
| | N | 132 | 115 | 113 |
| Nahe Beziehungen RESG | Kor | -,057 | -,044 | ,091 |
| | Sig./K ¹ | ,262 | ,323 | ,173 |
| | N | 128 | 113 | 109 |
| Sinnfindung RESH | Kor | -,093 | -,015 | ,031 |
| | Sig./K ¹ | ,148 | ,436 | ,371 |
| | N | 129 | 115 | 111 |
| Ressourcen- gesamt看 RESGES | Kor | -,079 | -,106 | ,016 |
| | Sig./K ¹ | ,184 | ,130 | ,432 |
| | N | 132 | 115 | 113 |

¹ Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

5.5 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und längerfristiger Therapieerfolg

Tabelle 5.5.1.2: Lineare Regressionsanalysen (Einschluss); Vorhersage der Krankheitsdauer

| Prädiktoren zu Therapiebeginn | Beta | r (partiell) | t | Sig. |
|--|-------|--------------|--------|------|
| Wohlbefinden RESA | -,144 | -,094 | -1,007 | ,316 |
| Stressbewältigung RESB | -,162 | -,102 | -1,101 | ,273 |
| Unterstützung RESC | -,038 | -,028 | -,303 | ,763 |
| Krisenbewältigung RESD | ,165 | ,126 | 1,361 | ,176 |
| Selbstwerterleben RESE | ,160 | ,093 | ,999 | ,320 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | ,160 | ,106 | 1,144 | ,255 |
| Nahe Beziehungen RESG | ,019 | ,016 | ,174 | ,862 |
| Sinnfindung RESH | -,241 | -,139 | -1,505 | ,135 |
| Multiple Korrelation: R= ,232; R²=,054 | | | | |
| F=,816; df=123/8; p= ,590 | | | | |

Auch die Zusammenhänge zwischen der **Ressourcenrealisierung zu Therapieende** und der Arbeitsunfähigkeitsdauer fallen gering aus. Nur für den Ressourcenbereich *Wohlbefinden* liegt auf 5%-Alpha-Niveau und für den Bereich *Krisenbewältigung* bei Annahme eines 10%-Alpha-Niveaus ein signifikanter Zusammenhang vor, insofern, dass eine höhere Ressourcenrealisierung zu Therapieende mit einer kürzeren Krankheitsdauer nach Beendigung der stationären Behandlung einhergeht. Die nach Bonferroni-Korrektur nicht mehr bedeutsamen Zusammenhänge sind als klein einzustufen, wobei zusätzlich auch für den Bereich *Stressbewältigung* und den *Ressourcengesamtwert* ein kleiner Effekt vorliegt (siehe Tab. 5.5.1.1). Die Krankheitsdauer ein Jahr nach Beendigung der Therapie lässt sich nicht durch die Ressourcenrealisierung zu Therapieende vorhersagen (vgl. Tab. 5.5.1.3).

Tabelle 5.5.1.3: Lineare Regressionsanalysen (Einschluss); Vorhersage der Krankheitsdauer

| Prädiktoren zu Therapieende | Beta | r (partiell) | t | Sig. |
|--|-------|--------------|--------|------|
| Wohlbefinden XRESA | -,151 | -,092 | -,935 | ,352 |
| Stressbewältigung XRESB | -,062 | -,036 | -,367 | ,714 |
| Unterstützung XRESC | ,099 | ,069 | ,698 | ,486 |
| Krisenbewältigung XRESD | -,169 | -,122 | -1,242 | ,217 |
| Selbstwerterleben XRESE | -,130 | -,063 | -,642 | ,522 |
| Pos. Selbstkonzept XRESF | ,089 | ,047 | ,474 | ,636 |
| Nahe Beziehungen XRESG | -,079 | -,061 | -,615 | ,540 |
| Sinnfindung XRESH | ,245 | ,129 | 1,313 | ,192 |
| Multiple Korrelation: R= ,244; R²=,059 | | | | |
| F=,806; df=110/8; p= ,598 | | | | |

Zwischen der **Veränderung der Ressourcenrealisierung** und der Arbeitsunfähigkeitsdauer kann ein marginaler Zusammenhang für den Ressourcenaspekt *Krisenbewältigung* und der Arbeitsunfähigkeitsdauer gefunden werden: Ein hoher Ressourcenzuwachs in *Krisenbewältigung* geht mit einer kürzeren Arbeitsunfähigkeitsdauer nach Beendigung der stationären Behandlung einher. Die Höhe der Korrelation muss als klein eingestuft werden und ist nach Bonferroni-Korrektur nicht mehr signifikant (vgl. Tab. 5.5.1.1). Entsprechend eignet sich auch ein Ressourcenzuwachs nicht zur Vorhersage der Arbeitsunfähigkeitsdauer (vgl. Tab. 5.5.1.4).

Tabelle 5.5.1.4: Lineare Regressionsanalysen (Einschluss); Vorhersage der Krankheitsdauer

| Prädiktoren Veränderung | Beta | r (partiell) | t | Sig. |
|--|-------|-----------------|--------|------|
| Wohlbefinden DIFFRESA | ,081 | ,057 | ,557 | ,579 |
| Stressbewältigung DIFFRESB | ,078 | ,054 | ,527 | ,600 |
| Unterstützung DIFFRESC | ,064 | ,053 | ,513 | ,609 |
| Krisenbewältigung DIFFRESD | -,206 | -,183 | -1,817 | ,072 |
| Selbstwerterleben DIFFRESE | -,205 | -,123 | -1,212 | ,229 |
| Pos. Selbstkonzept DIFFRESF | -,013 | -,008 | -,081 | ,936 |
| Nahe Beziehungen DIFFRESG | ,117 | ,104 | 1,015 | ,313 |
| Sinnfindung DIFFRESH | ,111 | ,074 | ,726 | ,470 |
| Multiple Korrelation: R= ,249; R²=,062 | | | | |
| F=,781; df=103/8; p= ,615 | | | | |

5.5.1 Zusammenfassung:

Die Bedeutung der Ressourcenrealisierung für die Arbeitsfähigkeit ein Jahr nach Abschluss der stationären Rehabilitationsbehandlung wurde für die Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und –ende sowie die Veränderung der Ressourcenrealisierung analysiert.

Ein Zusammenhang zwischen der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und der Arbeitsunfähigkeitsdauer nach Beendigung der stationären Behandlung konnte nicht bestätigt werden. Die Ressourcenrealisierung zu Behandlungsbeginn eignet sich demnach auch nicht zur Vorhersage der Arbeitsunfähigkeitsdauer.

Vereinzelte bedeutsame, jedoch deutlich schwächere Zusammenhänge als für die beiden anderen Erfolgskriterien (s.u.) konnten nur zwischen der Ressourcenrealisierung zu Therapieende und der Veränderung der Ressourcenrealisierung und der Arbeitsunfähigkeitsdauer gefunden werden. Dabei handelt es sich höchstens um kleine Effekte. Insgesamt eignet sich auch die Ressourcenrealisierung zu Therapieende bzw. die Veränderung der Ressourcenrealisierung nicht zur Vorhersage der Arbeitsunfähigkeitsdauer ein Jahr später.

5.5.2 Therapiebewertung

Die Annahme, dass ein hohes Ausmaß an **Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn** mit einer besseren subjektiven Therapiebewertung ein Jahr nach Beendigung der Behandlung einhergeht, kann tendenziell bestätigt werden.

Tabelle 5.5.2.1: Korrelationen nach Pearson (einseitige Testung), Ressourcenrealisierung und Therapiebewertung ein Jahr nach Therapieende

| | | Ressourcen- realisierung zu Therapiebeginn - Therapie- bewertung | Ressourcen- realisierung zu Therapieende - Therapie- bewertung | Veränderung Ressourcen- realisierung (t ₂ -t ₁) - Therapie- bewertung |
|--|---------------------|--|--|--|
| Wohlbefinden RESA | Kor | -,156 | -,376 | -,159 |
| | Sig./K ¹ | ,031 | ,000** | ,038 |
| | N | 145 | 126 | 125 |
| Stress- bewältigung RESB | Kor | -,125 | -,257 | -,127 |
| | Sig./K ¹ | ,068 | ,002* | ,082 |
| | N | 143 | 125 | 122 |
| Unterstützung RESC | Kor | -,174 | -,216 | ,020 |
| | Sig./K ¹ | ,018 | ,007+ | ,414 |
| | N | 145 | 126 | 125 |
| Krisen- bewältigung RESD | Kor | -,117 | -,284 | -,146 |
| | Sig./K ¹ | ,080 | ,001* | ,053 |
| | N | 145 | 125 | 124 |
| Selbst- werterleben RESE | Kor | -,086 | -,287 | -,198 |
| | Sig./K ¹ | ,152 | ,001* | ,014 |
| | N | 143 | 126 | 123 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | Kor | -,122 | -,271 | -,184 |
| | Sig./K ¹ | ,072 | ,001* | ,021 |
| | N | 144 | 126 | 124 |
| Nahe Beziehungen RESG | Kor | -,046 | -,250 | -,211 |
| | Sig./K ¹ | ,295 | ,003* | ,011 |
| | N | 140 | 123 | 119 |
| Sinnfindung RESH | Kor | -,137 | -,242 | -,185 |
| | Sig./K ¹ | ,052 | ,003* | ,021 |
| | N | 141 | 126 | 122 |
| Ressourcen- gesamt看 RESGES | Kor | -,158 | -,334 | -,195 |
| | Sig./K ¹ | ,030 | ,000** | ,015 |
| | N | 144 | 126 | 124 |

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Aus Tabelle 5.5.2.1 ist zu entnehmen, dass eine hohe Realisierung von *Wohlbefinden* und *Unterstützung* neben einem hohen *Ressourcengesamt看* mit einem höheren subjektiv eingeschätzten Therapieerfolg zusammenhängt. Bei Annahme eines 10%-Alpha-Niveaus lassen sich noch Zusammenhänge zwischen *Stressbewältigung*, *Krisenbewältigung*, *Positivem Selbstkonzept* sowie *Sinnfindung* zum Therapieerfolg finden.

5.5 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und längerfristiger Therapieerfolg

Die Höhe der Korrelationen ist jedoch höchstens als klein zu bewerten. Nach Bonferroni-Korrektur liegen keine bedeutsamen Zusammenhänge mehr vor.

Entsprechend den bereits vorgestellten Ergebnissen zeigt sich in den Regressionsanalysen, dass die Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn keinen Vorhersagewert für den Therapieerfolg aus Patientensicht ein Jahr nach Beendigung der Behandlung besitzt. (siehe Tab. 5.5.2.2).

Tabelle 5.5.2.2: Lineare Regressionsanalysen (Einschluss); Vorhersage der Therapiebewertung

| Prädiktoren zu Therapiebeginn | Beta | r (partiell) | t | Sig. |
|--|-------|--------------|--------|------|
| Wohlbefinden RESA | -,068 | -,043 | -,484 | ,630 |
| Stressbewältigung RESB | -,032 | -,021 | -,235 | ,814 |
| Unterstützung RESC | -,181 | -,128 | -1,453 | ,149 |
| Krisenbewältigung RESD | ,026 | ,018 | ,205 | ,838 |
| Selbstwahrnehmung RESE | ,153 | ,090 | 1,015 | ,312 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | -,068 | -,045 | -,509 | ,612 |
| Nahe Beziehungen RESG | ,086 | ,072 | ,805 | ,422 |
| Sinnfindung RESH | -,118 | -,068 | -,764 | ,446 |
| Multiple Korrelation: $R = ,228$; $R^2 = ,052$ | | | | |
| $F = ,864$; $df = 134/8$; $p = ,549$ | | | | |

Im Vergleich zum Therapiebeginn liegen für alle **Ressourcenbereiche zu Therapieende** als auch für den *Ressourcengesamtwert* bedeutsame Zusammenhänge zum Therapieerfolg vor, die auch nach Bonferroni-Korrektur noch signifikant sind. Die Effektstärken sind insgesamt höher als zu Therapiebeginn und können für den Bereich *Wohlbefinden* als auch den *Ressourcengesamtwert*, als mittelstark und für die übrigen Bereiche als klein eingeordnet werden (siehe Tab. 5.5.2.1). Alle bedeutsamen Zusammenhänge sind so zu interpretieren, dass Patienten, die zu Therapieende mehr Ressourcen realisiert haben, ein Jahr später über einen höheren Therapieerfolg berichten.

Auch eignet sich die Ressourcenrealisierung zu Therapieende als Prädiktor für die Therapiebewertung ein Jahr nach der Behandlung. Als prognostisch günstig erwies sich hier ein hohes Ausmaß an *Wohlbefinden*. Die aufgeklärte Varianz liegt bei 16,1%, was einem mittleren Effekt entspricht (vgl. Tab. 5.5.2.3).

5.5 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und längerfristiger Therapieerfolg

Tabelle 5.5.2.3: Lineare Regressionsanalysen (Einschluss); Vorhersage der Therapiebewertung

| Prädiktoren zu Therapieende | Beta | r (partiell) | t | Sig. |
|--|-------|--------------|--------|------|
| Wohlbefinden XRESA | -,360 | -,202 | -2,186 | ,031 |
| Stressbewältigung XRESB | -,047 | -,027 | -,288 | ,774 |
| Unterstützung XRESC | ,158 | ,109 | 1,159 | ,249 |
| Krisenbewältigung XRES D | -,136 | -,096 | -1,023 | ,309 |
| Selbstwerterleben XRESE | ,002 | ,001 | ,012 | ,990 |
| Pos. Selbstkonzept XRESF | -,014 | -,008 | -,082 | ,935 |
| Nahe Beziehungen XRESG | -,154 | -,123 | -1,309 | ,193 |
| Sinnfindung XRESH | ,138 | ,075 | ,798 | ,426 |
| Multiple Korrelation: R= ,402; R²=,161 | | | | |
| F=2,696; df=120/8; p= ,009 | | | | |

Die Betrachtung von Zusammenhängen zwischen der **Veränderung der Ressourcenrealisierung** und der subjektiven Therapiebewertung zeigt insgesamt, dass ein hoher Zuwachs in der Therapie mit einem höheren längerfristigen Erfolg einhergeht, wobei die Zusammenhänge nach Bonferroni-Korrektur alle nicht mehr im signifikanten Bereich liegen und die vorgefundenen nur kleinen Effekte somit deutlich niedriger ausfallen als für die Zusammenhänge zum Behandlungsende (siehe Tab. 5.5.1.1). Die Veränderung der Ressourcenrealisierung hat im Gegensatz zur Ressourcenrealisierung zu Therapieende keine Vorhersagekraft für den rückblickend aus Patientensicht eingeschätzten Therapieerfolg ein Jahr nach der Behandlung (vgl. Tab. 5.5.2.4).

Tabelle 5.5.2.4: Lineare Regressionsanalysen (Einschluss); Vorhersage der Therapiebewertung

| Prädiktoren Veränderung | Beta | r (partiell) | t | Sig. |
|--|-------|--------------|--------|------|
| Wohlbefinden DIFFRESA | -,057 | -,041 | -,419 | ,676 |
| Stressbewältigung DIFFRESB | -,020 | -,014 | -,148 | ,883 |
| Unterstützung DIFFRESC | ,231 | ,190 | 1,973 | ,051 |
| Krisenbewältigung DIFFRES D | -,116 | -,100 | -1,026 | ,307 |
| Selbstwerterleben DIFFRESE | -,156 | -,094 | -,965 | ,337 |
| Pos. Selbstkonzept DIFFRESF | ,041 | ,026 | ,270 | ,788 |
| Nahe Beziehungen DIFFRESG | -,201 | -,172 | -1,778 | ,078 |
| Sinnfindung DIFFRESH | -,003 | -,002 | -,022 | ,982 |
| Multiple Korrelation: R= ,327; R²=,107 | | | | |
| F=1,557; df=112/8; p= ,147 | | | | |

5.5.2 Zusammenfassung:

Die Bedeutung der Ressourcenrealisierung für die rückblickende Therapiebewertung ein Jahr nach der stationären Behandlung aus Patientensicht wurde für die Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und –ende sowie die Veränderung der Ressourcenrealisierung untersucht.

Für die Ressourcenrealisierung zu Behandlungsbeginn fallen die Ergebnisse zwischen den einzelnen Ressourcenbereichen und dem Erfolgskriterium insgesamt nur schwach aus. Die Ressourcenrealisierung zu Behandlungsbeginn eignet sich nicht zur Vorhersage der Therapiebewertung ein Jahr später.

Die höchsten Zusammenhänge liegen für die Ressourcenrealisierung zu Behandlungsende und dem rückblickend eingeschätzten Therapieerfolg vor: Dabei geht eine hohe Ressourcenrealisierung zu Therapieende mit einer höheren rückblickenden Therapiebewertung einher. Hier erwies sich insbesondere der Bereich Wohlbefinden, der sich auch zur Vorhersage der Therapiebewertung aus Patientensicht ein Jahr nach Beendigung der Behandlung eignet, als bedeutsam.

Die Ergebnisse für die Veränderung der Ressourcenrealisierung sind für die Untersuchung von Zusammenhängen mit den Ergebnissen zu Therapieende insgesamt vergleichbar, wobei die Effekte für die Veränderung der Ressourcenrealisierung tendenziell etwas niedriger ausfallen. Ein hoher Ressourcenzuwachs während der Therapie geht insgesamt mit einer besseren Therapiebewertung ein Jahr später einher. Jedoch lässt sich der Therapieerfolg nicht durch die Veränderung der Ressourcenrealisierung vorhersagen.

5.5.3 Zufriedenheit

Wie auch schon für das Erfolgskriterium Therapiebewertung liegen insgesamt nur niedrige Zusammenhänge mit kleinen Effekten zwischen der **Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn** und der späteren Zufriedenheit ein Jahr nach Therapieende vor. Für den *Ressourcengesamtwert* und die beiden Ressourcenbereiche *Stressbewältigung* und *Sinnfindung* ergeben sich bedeutsame, jedoch nach Bonferroni-Korrektur nicht mehr im signifikanten Bereich liegende, Zusammenhänge. Dabei geht eine hohe Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn mit einer höheren Zufriedenheit ein Jahr nach Beendigung der stationären Therapie einher. Für alle übrigen Ressourcenbereiche lassen sich Zusammenhänge zur Zufriedenheit nur auf einem 10% Alpha-Niveau absichern. Die Zusammenhänge sind alle als klein einzustufen (vgl. Tab. 5.5.3.1).

5.5 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und längerfristiger Therapieerfolg

Tabelle 5.5.3.1: Korrelationen nach Pearson (einseitige Testung), Ressourcenrealisierung und Zufriedenheit ein Jahr nach Therapieende

| | | Ressourcen- realisierung zu Therapiebeginn - Zufriedenheit | Ressourcen- realisierung zu Therapieende – Zufriedenheit | Veränderung Ressourcen- realisierung (t ₂ -t ₁) - Zufriedenheit |
|--|---------------------|---|---|---|
| Wohlbefinden RESA | Kor | -,124 | -,317 | -,186 |
| | Sig./K ¹ | ,076 | ,000** | ,023 |
| | N | 134 | 117 | 116 |
| Stressbewältigung RESB | Kor | -,191 | -,224 | -,075 |
| | Sig./K ¹ | ,014 | ,008+ | ,214 |
| | N | 132 | 116 | 113 |
| Unterstützung RESC | Kor | -,115 | -,127 | ,025 |
| | Sig./K ¹ | ,092 | ,086 | ,393 |
| | N | 134 | 117 | 116 |
| Krisenbewältigung RESD | Kor | -,141 | -,242 | -,096 |
| | Sig./K ¹ | ,052 | ,004* | ,154 |
| | N | 134 | 116 | 115 |
| Selbstwerterleben RESE | Kor | -,137 | -,297 | -,214 |
| | Sig./K ¹ | ,059 | ,001* | ,011 |
| | N | 132 | 117 | 114 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | Kor | -,143 | -,287 | -,245 |
| | Sig./K ¹ | ,050 | ,001* | ,004* |
| | N | 133 | 117 | 115 |
| Nahe Beziehungen RESG | Kor | -,133 | -,321 | -,271 |
| | Sig./K ¹ | ,065 | ,000** | ,002* |
| | N | 131 | 114 | 111 |
| Sinnfindung RESH | Kor | -,187 | -,324 | -,266 |
| | Sig./K ¹ | ,016 | ,000** | ,002* |
| | N | 130 | 117 | 113 |
| Ressourcen- gesamtswert RESGES | Kor | -,192 | -,329 | -,209 |
| | Sig./K ¹ | ,013 | ,000** | ,013 |
| | N | 133 | 117 | 115 |

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Im Einklang mit den korrelativen Ergebnissen stehen auch wieder die regressionsanalytischen Ergebnisse, die zeigen, dass die Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn -wie schon für die Therapiebewertung vorgefunden- keinen Vorhersagewert für die Zufriedenheit ein Jahr nach Beendigung der Behandlung besitzt (siehe Tab. 5.5.3.2).

5.5 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und längerfristiger Therapieerfolg

Tabelle 5.5.3.2: Lineare Regressionsanalysen (Einschluss); Vorhersage der Zufriedenheit

| Prädiktoren zu Therapiebeginn | Beta | r (partiell) | t | Sig. |
|--|-------|--------------|--------|------|
| Wohlbefinden RESA | ,066 | ,043 | ,468 | ,641 |
| Stressbewältigung RESB | -,161 | -,102 | -1,106 | ,271 |
| Unterstützung RESC | -,014 | -,010 | -,113 | ,910 |
| Krisenbewältigung RESD | -,025 | -,019 | -,206 | ,837 |
| Selbstwerterleben RESE | ,045 | ,027 | ,289 | ,773 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | ,000 | ,000 | ,001 | ,999 |
| Nahe Beziehungen RESG | -,056 | -,048 | -,515 | ,607 |
| Sinnfindung RESH | -,129 | -,075 | -,819 | ,415 |
| Multiple Korrelation: R= ,231; R²=,053 | | | | |
| F=,821; df=125/8; p= ,585 | | | | |

Entsprechend liegen für die einzelnen **Ressourcenbereiche zu Behandlungsende** im Vergleich zum Therapiebeginn insgesamt höhere Zusammenhänge mit bis zu mittleren Effekten für die Bereiche *Wohlbefinden*, *Selbstwerterleben*, *Nahe Beziehungen*, *Sinnfindung* und den *Ressourcengesamtwert* zur Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebenssituation vor. Mit Ausnahme des Bereiches *Unterstützung*, der nur auf 10% Alpha-Niveau bedeutsam ist, zeigen sich für den *Ressourcengesamtwert* als auch für alle Ressourcenbereiche auch nach Bonferroni-Korrektur signifikante Zusammenhänge (siehe Tab. 5.5.3.1). Die Zusammenhänge sind so zu interpretieren, dass Patienten, die zu Therapieende mehr Ressourcen realisiert haben, ein Jahr später über eine höhere Zufriedenheit berichten.

Tabelle 5.5.3.3: Lineare Regressionsanalysen (Einschluss); Vorhersage der Zufriedenheit

| Prädiktoren zu Therapieende | Beta | r (partiell) | t | Sig. |
|--|-------|--------------|--------|------|
| Wohlbefinden XRESA | -,206 | -,125 | -1,278 | ,204 |
| Stressbewältigung XRESB | ,011 | ,007 | ,068 | ,946 |
| Unterstützung XRESC | ,291 | ,201 | 2,086 | ,039 |
| Krisenbewältigung XRESD | -,048 | -,037 | -,371 | ,712 |
| Selbstwerterleben XRESE | -,192 | -,097 | -,988 | ,326 |
| Pos. Selbstkonzept XRESF | ,103 | ,060 | ,613 | ,541 |
| Nahe Beziehungen XRESG | -,250 | -,205 | -2,126 | ,036 |
| Sinnfindung XRESH | -,108 | -,062 | -,627 | ,532 |
| Multiple Korrelation: R= ,428; R²=,183 | | | | |
| F=2,880; df=111/8; p= ,006 | | | | |

5.5 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung und längerfristiger Therapieerfolg

Eine hohe Zufriedenheit ein Jahr nach Beendigung der Behandlung lässt sich durch eine hohe Realisierung von *Nahen Beziehungen* und durch eine niedrige Realisierung von *Unterstützung* zu Therapieende vorhersagen (siehe Tab. 5.5.3.3). Die aufgeklärte Varianz beträgt 18,3% und kann als mittlerer Effekt eingestuft werden, was sich mit der Vorhersagekraft der Ressourcenrealisierung zu Therapieende für die Therapiebewertung deckt.

Für die **Veränderung der Ressourcenrealisierung** zeigen sich mit Ausnahme der Ressourcenbereiche *Stressbewältigung*, *Unterstützung* und *Krisenbewältigung* für alle übrigen Ressourcenbereiche sowie den *Ressourcengesamtwert* bedeutsame Zusammenhänge mit kleinen Effekten: ein hoher Ressourcenzuwachs geht dabei mit einer höheren Zufriedenheit einher, wobei die Zusammenhänge nur für die Veränderung im *positiven Selbstkonzept*, *Nahen Beziehungen* und *Sinnfindung* nach Bonferroni-Korrektur noch signifikant sind (vgl. Tab. 5.5.3.1).

Bezüglich der Vorhersagekraft der Veränderung der Ressourcenrealisierung für die Zufriedenheit zeigt sich, dass sich die Zufriedenheit bedeutsam vorhersagen lässt durch einen hohen Ressourcenzuwachs im Bereich *Nahe Beziehungen* sowie ebenfalls wie auch schon die Ergebnisse zur Ressourcenrealisierung zu Therapieende andeuteten –durch einen geringen Zuwachs von *Unterstützung*, jedoch nur auf 10%-Alpha-Niveau abgesichert. Die aufgeklärte Varianz fällt mit 16,1% etwas niedriger als für die Ressourcenrealisierung zu Therapieende aus, ist aber auch als mittlerer Effekt einzustufen (siehe Tab. 5.5.3.4).

Tabelle 5.5.3.4: Lineare Regressionsanalysen (Einschluss); Vorhersage der Zufriedenheit

| Prädiktoren Veränderung | Beta | r (partiell) | t | Sig. |
|--|-------|-----------------|--------|------|
| Wohlbefinden DIFFRESA | -,114 | -,086 | -,843 | ,401 |
| Stressbewältigung DIFFRESB | ,187 | ,132 | 1,310 | ,193 |
| Unterstützung DIFFRESC | ,222 | ,188 | 1,879 | ,063 |
| Krisenbewältigung DIFFRESD | -,012 | -,011 | -,112 | ,911 |
| Selbstwerterleben DIFFRESE | -,134 | -,084 | -,828 | ,409 |
| Pos. Selbstkonzept DIFFRESF | -,126 | -,086 | -,841 | ,402 |
| Nahe Beziehungen DIFFRESG | -,265 | -,224 | -2,249 | ,027 |
| Sinnfindung DIFFRESH | -,053 | -,038 | -,371 | ,712 |
| Multiple Korrelation: R= ,401; R²=,161 | | | | |
| F=2,305; df=104/8; p= ,026 | | | | |

5.5.3 Zusammenfassung:

Die Ergebnisse des Einflusses der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn, -ende und deren Veränderung auf die Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebenssituation ergeben insgesamt ein ähnliches Bild wie für die Therapiebewertung.

Auch für die Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebenssituation fallen die Zusammenhänge zur Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn nur schwach aus: Eine hohe Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn geht dabei mit einer höheren Zufriedenheit ein Jahr später einher, wobei die Zusammenhänge für alle Ressourcenbereiche nur als klein einzustufen sind. Die Ressourcenrealisierung zu Behandlungsbeginn eignet sich wiederum nicht zur Vorhersage der Zufriedenheit.

Die höchsten Zusammenhänge zeigen sich auch wie schon für die Therapiebewertung wieder zwischen der Ressourcenrealisierung zu Therapieende und der Zufriedenheit. Eine hohe Ressourcenrealisierung zu Therapieende geht mit einer höheren späteren Zufriedenheit der Patienten einher. Deutliche Effekte liegen für die Ressourcenbereiche Wohlbefinden, Selbstwerterleben, Nahe Beziehungen und Sinnfindung zu Therapieende vor. Ebenfalls kann die Bedeutung der Ressourcenrealisierung zu Behandlungsende für die Vorhersagbarkeit der Zufriedenheit ein Jahr später bestätigt werden, wobei hier eine hohe Realisierung von Nahen Beziehungen und eine niedrige Realisierung von Unterstützung zu Behandlungsende eine höhere Zufriedenheit vorhersagen.

Die Befunde zur Veränderung der Ressourcenrealisierung gehen in die gleiche Richtung wie für die Ressourcenrealisierung zu Therapieende. Es zeigen sich insgesamt jedoch schwächere nur als klein einzustufende Zusammenhänge: Patienten mit einem höheren Ressourcenzuwachs in den Bereichen, die sich auch für die Ressourcenrealisierung zu Therapieende als relevant herausgestellt haben, zeichnen sich ein Jahr später durch eine höhere Zufriedenheit aus. Die Bedeutung der Ressourcenrealisierung für die Vorhersagbarkeit der Zufriedenheit ein Jahr später kann auch für die Veränderung der Ressourcenrealisierung bestätigt werden, wobei -wie schon die Ergebnisse zu Therapieende andeuteten- ein hoher Zuwachs im Bereich Nahe Beziehungen als auch eine Abnahme an Unterstützung eine höhere spätere Zufriedenheit vorhersagen.

5.6 Ressourcenrealisierung, psychische Belastung und längerfristiger Therapieerfolg

Im Folgenden wird die Ressourcenrealisierung im Psychotherapieprozess genauer beleuchtet: Mit Hilfe von linearen Regressionsanalysen wurde geprüft, ob die

Ressourcenrealisierung tatsächlich gegenüber der psychischen Belastung eine zentrale Rolle im Therapieprozess für die Vorhersage von Therapieerfolg einnimmt. Während in Kapitel 5.5 der Schwerpunkt der Fragestellung auf die Untersuchung der Bedeutung einzelner Ressourcenbereiche zu unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkten für den längerfristigen Therapieerfolg gelegt wurde, erfolgt nun eine direkte Gegenüberstellung der Ressourcenrealisierung und der psychischen Belastung im Hinblick auf den längerfristigen Therapieerfolg. Für die psychische Belastung werden wie in den vorangegangenen Kapiteln die Depressivität als auch die psychopathologische Belastung herangezogen. Der längerfristige Therapieerfolg wird analog zum vorherigen Kapitel 5.5 mittels Arbeitsunfähigkeitszeiten, der rückblickenden Bewertung des Therapieerfolgs durch die Patienten als auch der subjektiven Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebenssituation ein Jahr nach Abschluss der Behandlung erhoben. Es wurden getrennte Regressionsanalysen einmal unter Einbeziehung der Depressivität, das andere Mal unter Einbeziehung der psychopathologischen Belastung und der Ressourcenrealisierung mittels des *Ressourcengesamtwertes* zu verschiedenen Messzeitpunkten für jedes einzelne längerfristige Erfolgskriterium durchgeführt.

5.6.1 Arbeitsfähigkeit

Zunächst werden Ergebnisse zu den korrelativen Analysen der Ressourcenrealisierung und der psychischen Belastung zu den verschiedenen Messzeitpunkten und der Arbeitsunfähigkeitsdauer ein Jahr nach Therapieende berichtet. Alle vorgefundenen Zusammenhänge sind so zu verstehen, dass eine hohe Ressourcenrealisierung bzw. eine niedrige psychische Belastung mit einer geringeren Arbeitsunfähigkeitsdauer einhergehen.

Tabelle 5.6.1.1: Korrelationen nach Pearson (einseitige Testung), Ressourcenrealisierung, psychische Belastung und Arbeitsfähigkeitsdauer ein Jahr nach Therapieende

| | | Ressourcenrealisierung (RESGES) | Depressivität (BDIGES) | Psychopath. Belastung (SCLGSI) |
|-------------------------------|------------|------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| | | Therapiebeginn | Therapiebeginn | Therapiebeginn |
| AU-Dauer (Pkrdauer) | Kor | -,144 | ,395 | ,322 |
| | Sig | ,064 | ,000 | ,000 |
| | N | 113 | 100 | 144 |
| | | Therapieende | Therapieende | Therapieende |
| AU-Dauer (Pkrdauer) | Kor | -,106 | ,271 | ,318 |
| | Sig | ,130 | ,003 | ,000 |
| | N | 115 | 99 | 112 |
| | | Veränderung | Veränderung | Veränderung |
| AU-Dauer (Pkrdauer) | Kor | ,016 | ,104 | ,003 |
| | Sig | ,432 | ,165 | ,489 |
| | N | 113 | 90 | 112 |

Im Einzelnen ergeben die korrelativen Analysen zu **Therapiebeginn** für die Ressourcenrealisierung einen marginalen Zusammenhang zur Arbeitsunfähigkeitsdauer ein Jahr nach Therapieende bei Annahme eines 10% Alpha-Niveaus. Für die Variablen der psychischen Belastung zeigen sich hoch signifikante als mittelstark einzustufende Zusammenhänge. Auch zu **Therapieende** sind die Zusammenhänge zwischen der psychischen Belastung und der Arbeitsunfähigkeitsdauer bedeutsam, wobei für die Depressivität ein kleiner und für die psychopathologische Belastung ein mittlerer Effekt vorliegt. Die Ressourcenrealisierung zu Therapieende zeigt keinen Zusammenhang zur Arbeitsunfähigkeitsdauer auf. Für die **Veränderung** der Ressourcenrealisierung bzw. psychischen Belastung liegen keine Zusammenhänge zur Arbeitsunfähigkeitsdauer ein Jahr später vor.

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen sind in Tabelle 5.6.1.2 sowie 5.6.1.3 zusammengestellt.

Tabelle 5.6.1.2: Lineare Regressionsanalysen (Einschluss), Vorhersage der Arbeitsunfähigkeitsdauer

| | Prädiktoren | Kriterium | R | R ² | F | df | Sig. |
|---|---|------------------------|------|----------------|------|-------|------|
| | Therapiebeginn | | | | | | |
| 1 | Ressourcenrealisierung (RESGES), Depressivität (BDIGES) | AU-Dauer (pkrdauer) | ,342 | ,117 | 7,35 | 113/2 | ,001 |
| 2 | Ressourcenrealisierung (RESGES), Psychopath. Belastung (SCLGSI) | AU-Dauer (pkrdauer) | ,268 | ,072 | 4,92 | 129/2 | ,009 |
| | Therapieende | | | | | | |
| 3 | Ressourcenrealisierung (XRESGES), Depressivität (XBDIGES) | AU-Dauer (pkrdauer) | ,291 | ,085 | 4,47 | 98/2 | ,014 |
| 4 | Ressourcenrealisierung (XRESGES), Psychopath. Belastung (XSCLGSI) | AU-Dauer (pkrdauer) | ,320 | ,102 | 6,21 | 111/2 | ,003 |
| | Veränderung | | | | | | |
| 5 | Ressourcenrealisierung (DIFFRES), Depressivität (BDIVERÄN) | AU-Dauer (pkrdauer) | ,105 | ,011 | ,48 | 88/2 | ,619 |
| 6 | Ressourcenrealisierung (DIFFRES), Psychopath. Belastung (SCLVERÄN) | AU-Dauer (pkrdauer) | ,036 | ,001 | ,07 | 109/2 | ,932 |
| | | | | | | | |

Die Betrachtung der einzelnen Regressionsanalysen zeigt für die Krankheitsdauer im Jahr nach der stationären Behandlung, dass diese durch beide Merkmale psychischer Belastung zu **Therapiebeginn** (Regressionsanalyse 1 und 2) als auch **Therapieende** (Regressionsanalyse 3 und 4) vorhersagbar ist: Je weniger psychisch belastet die Patienten während der Behandlung waren, um so kürzer waren diese Patienten auch nach Behandlungsende arbeitsunfähig. Die aufgeklärte Varianz liegt für den Therapiebeginn bei 11,7% bei Einbeziehung der Depressivität und unter Berücksichtigung der psychopathologischen Belastung bei 7,2%. Zu Therapieende ergibt sich bei Einbeziehung der Depressivität eine aufgeklärte Varianz von 8,5% und für die psychopathologische

5.6 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung, psychische Belastung u. längerfristiger Therapieerfolg

Belastung von 10,2%. Es liegen kleine Effekte vor. Die Ressourcenrealisierung insgesamt als auch die **Veränderung** psychischer Belastung hingegen eignen sich nicht als Prädiktor.

Tabelle 5.6.1.3: Vorhersage der Arbeitsunfähigkeitsdauer, Beta-Gewichte

| | Prädiktoren | Beta | r (partiell) | t | Sig. |
|----|----------------------------------|-------|-----------------|-------|------|
| | Therapiebeginn | | | | |
| 1. | Ressourcenrealisierung (RESGES) | ,112 | ,104 | 1,105 | ,272 |
| | Depressivität (BDIGES) | ,381 | ,336 | 3,754 | ,000 |
| 2. | Ressourcenrealisierung (RESGES) | ,000 | ,000 | ,003 | ,998 |
| | Psychopath. Belastung (SCLGSI) | ,268 | ,257 | 2,992 | ,003 |
| | Therapieende | | | | |
| 3. | Ressourcenrealisierung (XRESGES) | ,122 | ,110 | 1,085 | ,281 |
| | Depressivität (XBDIGES) | ,331 | ,288 | 2,947 | ,004 |
| 4. | Ressourcenrealisierung (XRESGES) | ,032 | ,031 | ,328 | ,744 |
| | Psychopath. Belastung (XSCLGSI) | ,329 | ,310 | 3,406 | ,001 |
| | Veränderung | | | | |
| 5. | Ressourcenrealisierung (DIFFRES) | -,010 | -,009 | -,083 | ,934 |
| | Depressivität (BDIVERÄN) | ,110 | ,095 | ,883 | ,380 |
| 6. | Ressourcenrealisierung (DIFFRES) | ,040 | ,036 | ,370 | ,712 |
| | Psychopath. Belastung (SCLVERÄN) | -,024 | -,022 | -,222 | ,824 |

5.6.1 Zusammenfassung:

Der Stellenwert der Ressourcenrealisierung gegenüber der psychischen Belastung (Depressivität bzw. psychopathologische Belastung) zur Vorhersage der Arbeitsunfähigkeitsdauer ein Jahr nach Therapieende wurde analysiert.

Die Arbeitsunfähigkeitsdauer lässt sich nur durch die beiden Merkmale psychischer Belastung Depressivität und psychopathologische Belastung sowohl zu Therapiebeginn als auch noch besser zu Therapieende vorhersagen. Keinen Einfluss hat die Veränderung psychischer Belastung. Die Ressourcenrealisierung eignet sich hingegen durchweg nicht als Prädiktor für die Arbeitsunfähigkeitsdauer.

5.6.2 Therapiebewertung

Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Ressourcenrealisierung und der psychischen Belastung zu **Therapiebeginn** als auch zu **Therapieende** und der

rückblickenden Therapiebewertung zum Katamnesezeitpunkt ergibt für alle Variablen signifikante Zusammenhänge, die für den Therapiebeginn als klein und für das Therapieende als mittelstark einzustufen sind. Dabei geht eine hohe Ressourcenrealisierung bzw. eine niedrige psychische Belastung mit einer besseren Therapiebewertung einher. Zwischen der **Veränderung** der Ressourcenrealisierung bzw. der psychischen Belastung und der Therapiebewertung zeigen sich kleine Zusammenhänge insofern, dass ein höherer Ressourcenzuwachs bzw. eine stärkere Abnahme psychischer Belastung mit einer besseren Therapiebewertung zusammenhängt, wobei der Zusammenhang für die Veränderung der Depressivität nur bei Annahme eines 10% Alpha-Niveaus statistisch abgesichert werden kann (vgl. Tab. 5.6.2.1).

Tabelle 5.6.2.1: Korrelationen nach Pearson (einseitige Testung), Ressourcenrealisierung, psychische Belastung und Therapiebewertung ein Jahr nach Therapieende

| | | Ressourcenrealisierung (RESGES) | Depressivität (BDIGES) | Psychopath. Belastung (SCLGSI) |
|---|------------|--|-----------------------------------|---|
| | | Therapiebeginn | Therapiebeginn | Therapiebeginn |
| Therapie- bewertung (Ptherf) | Kor | -,206 | ,215 | ,158 |
| | Sig | ,001 | ,013 | ,039 |
| | N | 124 | 109 | 125 |
| | | Therapieende | Therapieende | Therapieende |
| Therapie- bewertung (Ptherf) | Kor | -,334 | ,361 | ,321 |
| | Sig | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 126 | 108 | 122 |
| | | Veränderung | Veränderung | Veränderung |
| Therapie- bewertung (Ptherf) | Kor | -,195 | -,146 | -,196 |
| | Sig | ,015 | ,076 | ,015 |
| | N | 124 | 98 | 122 |

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen sind in Tabelle 5.6.2.2 und 5.6.2.3 zusammengefasst. Trotz signifikanter Regressionen mit als klein einzustufenden Effekten für die Variablen zu **Therapiebeginn** (Regressionsanalyse 1 und 2) als auch für die **Veränderung** unter Einbeziehung der psychopathologischen Belastung (Regressionsanalyse 6) auf die subjektive Therapiebewertung liegen keine signifikanten Beta-Gewichte vor. Für die Prädiktorvariablen zu **Therapieende** zeigt sich unter Einbeziehung der Depressivität nur die Depressivität als bedeutsamer Prädiktor (Regressionsanalyse 3): Eine hohe Depressivität zu Behandlungsende sagt einen höheren Therapieerfolg ein Jahr später vorher. Bei Berücksichtigung der psychopathologischen Belastung zeigt sich, dass sowohl eine niedrige psychopathologische Belastung als auch eine hohe Ressourcenrealisierung zu Therapieende eine bessere Therapiebewertung ein Jahr später vorhersagen (Regressionsanalyse 4). Die aufgeklärte Varianz liegt für die Regressionen unter Einbeziehung der Depressivität bei 15,2% und für die psychopathologische Belastung bei 15,9%. Es handelt sich um mittlere Effekte.

5.6 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung, psychische Belastung u. längerfristiger Therapieerfolg

Tabelle 5.6.2.2: Lineare Regressionsanalysen (Einschluss), Vorhersage der Therapiebewertung

| | Prädiktoren | Kriterium | R | R ² | F | df | Sig. |
|---|---|---------------------------------------|------|----------------|-------|-------|------|
| | Therapiebeginn | | | | | | |
| 1 | Ressourcenrealisierung (RESGES), Depressivität (BDIGES) | Therapie- bewertung (ptherfolg) | ,238 | ,057 | 3,64 | 123/2 | ,029 |
| 2 | Ressourcenrealisierung (RESGES), Psychopath. Belastung (SCLGSI) | Therapie- bewertung (ptherfolg) | ,185 | ,034 | 2,46 | 121/2 | ,089 |
| | Therapieende | | | | | | |
| 3 | Ressourcenrealisierung (XRESGES), Depressivität (XBDIGES) | Therapie- bewertung (ptherfolg) | ,391 | ,152 | 9,45 | 105/2 | ,000 |
| 4 | Ressourcenrealisierung (XRESGES), Psychopath. Belastung (XSCLGSI) | Therapie- bewertung (ptherfolg) | ,399 | ,159 | 11,29 | 121/2 | ,000 |
| | Veränderung | | | | | | |
| 5 | Ressourcenrealisierung (DIFFRES), Depressivität (BDIVERÄN) | Therapie- bewertung (ptherfolg) | ,204 | ,042 | 2,04 | 96/2 | ,136 |
| 6 | Ressourcenrealisierung (DIFFRES), Psychopath. Belastung (SCLVERÄN) | Therapie- bewertung (ptherfolg) | ,229 | ,052 | 3,24 | 119/4 | ,043 |

Tabelle 5.6.2.3: Vorhersage der Therapiebewertung, Beta-Gewichte

| | Prädiktoren | Beta | r (partiell) | t | Sig. |
|----|----------------------------------|-------|-----------------|--------|------|
| | Therapiebeginn | | | | |
| 1. | Ressourcenrealisierung (RESGES) | -,150 | -,132 | -1,467 | ,145 |
| | Depressivität (BDIGES) | ,125 | ,111 | 1,228 | ,222 |
| | | | | | |
| 2. | Ressourcenrealisierung (RESGES) | -,135 | -,130 | -1,541 | ,126 |
| | Psychopath. Belastung (SCLGSI) | ,092 | ,089 | 1,053 | ,294 |
| | Therapieende | | | | |
| 3. | Ressourcenrealisierung (XRESGES) | -,177 | -,159 | -1,649 | ,102 |
| | Depressivität (XBDIGES) | ,265 | ,235 | 2,474 | ,015 |
| | | | | | |
| 4. | Ressourcenrealisierung (XRESGES) | -,254 | -,251 | -2,832 | ,005 |
| | Psychopath. Belastung (XSCLGSI) | ,233 | ,231 | 2,596 | ,011 |
| | Veränderung | | | | |
| 5. | Ressourcenrealisierung (DIFFRES) | -,167 | -,143 | -1,398 | ,165 |
| | Depressivität (BDIVERÄN) | -,057 | -,049 | -,477 | ,635 |
| | | | | | |
| 6. | Ressourcenrealisierung (DIFFRES) | -,228 | -,118 | -1,280 | ,203 |
| | Psychopath. Belastung (SCLVERÄN) | -,300 | -,123 | -1,335 | ,184 |
| | | | | | |

5.6.2 Zusammenfassung:

Der Stellenwert der Ressourcenrealisierung gegenüber der psychischen Belastung (Depressivität bzw. psychopathologische Belastung) zur Vorhersage der rückblickenden Therapiebewertung ein Jahr nach Therapieende wurde analysiert.

Dabei erwiesen sich nur die Prädiktorvariablen zu Therapieende als entscheidend für die spätere Therapiebewertung. Bei Einbeziehung der Depressivität kommt der Ressourcenrealisierung zu Therapieende keine Vorhersagekraft zu: Nur eine niedrige Depressivität zu Behandlungsende begünstigt eine bessere Therapiebewertung ein Jahr nach der Rehabilitationsbehandlung. Unter Berücksichtigung der psychopathologischen Belastung zeigt sich, dass sowohl eine niedrige psychopathologische Belastung als auch eine hohe Ressourcenrealisierung zu Therapieende eine bessere Therapiebewertung vorhersagen. Die Ressourcenrealisierung, wie auch die psychische Belastung zu Behandlungsbeginn als auch die Veränderung dieser, eignen sich nicht zur Vorhersage der rückblickenden Therapiebewertung ein Jahr später.

5.6.3 Zufriedenheit

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die Zufriedenheit ein Jahr nach Therapieende (vgl. Tab. 5.6.3.1) ergeben für alle Variablen zu **Therapiebeginn** bedeutsame Zusammenhänge, die jedoch als klein einzustufen sind. Für die Ressourcenrealisierung und die psychopathologische Belastung zu **Therapieende** liegen signifikante mittlere Zusammenhänge zur späteren Zufriedenheit vor. Für die Depressivität ergibt sich sogar ein großer Effekt. Kleine Zusammenhänge zeigen sich für die **Veränderung** der Ressourcenrealisierung bzw. psychischen Belastung und der Zufriedenheit. Alle Zusammenhänge sind so zu verstehen, dass eine hohe Ressourcenrealisierung bzw. hoher Ressourcenzuwachs oder eine niedrige psychische Belastung bzw. hohe Abnahme an psychischer Belastung mit einer höheren Zufriedenheit ein Jahr später einhergeht.

Tabelle 5.6.3.1: Korrelationen nach Pearson (einseitige Testung), Ressourcenrealisierung, psychische Belastung und Zufriedenheit ein Jahr später

| | | Ressourcenrealisierung (RESGES) | Depressivität (BDIGES) | Psychopath. Belastung (SCLGSI) |
|-----------------------------|-----|------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| | | Therapiebeginn | Therapiebeginn | Therapiebeginn |
| Zufriedenheit (Pzuf_leb) | Kor | -,164 | ,254 | ,220 |
| | Sig | ,040 | ,005 | ,009 |
| | N | 115 | 100 | 116 |
| | | Therapieende | Therapieende | Therapieende |
| Zufriedenheit (Pzuf_leb) | Kor | -,329 | ,500 | ,438 |
| | Sig | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 117 | 98 | 113 |
| | | Veränderung | Veränderung | Veränderung |
| Zufriedenheit (Pzuf_leb) | Kor | -,209 | -,180 | -,269 |
| | Sig | ,013 | ,046 | ,002 |
| | N | 115 | 88 | 113 |

Die **Zufriedenheit** ein Jahr nach der Behandlung lässt sich durch eine niedrige psychische Belastung zu **Therapiebeginn** vorhersagen (Regressionsanalyse 1 und 2). Die aufgeklärte Varianz beträgt unter Einbeziehung der Depressivität 7,1% sowie unter Einbeziehung der psychopathologischen Belastung 6,7% und ist insgesamt als klein einzustufen. Analog zu den Ergebnissen zur Therapiebewertung zeigt sich für die Prädiktorvariablen zu **Therapieende** (Regressionsanalyse 3 und 4), dass sich bei Einbeziehung der Depressivität die Zufriedenheit auch nur durch die Depressivität zu Therapieende vorhersagen lässt und zwar insofern, dass eine niedrige Depressivität zu Behandlungsende eine höhere Zufriedenheit ein Jahr nach Therapieende begünstigt. Die Ressourcenrealisierung zu Behandlungsende hat bei Einbeziehung der Depressivität keinen Effekt auf die Zufriedenheit. Die aufgeklärte Varianz beträgt für die durchgeführte Regressionsanalyse 25,5%, was als großer Effekt interpretiert werden kann. Bei Einbeziehung der psychopathologischen Belastung zeigt sich bei einer im oberen mittleren Bereich liegenden aufgeklärten Varianz von 23%, dass sowohl eine hohe Ressourcenrealisierung als auch eine niedrige psychopathologische Belastung eine später höhere Zufriedenheit begünstigen. Darüber hinaus eignet sich die Veränderung psychopathologischer Belastung zur Vorhersage der späteren Zufriedenheit insofern, dass eine Abnahme psychopathologischer Belastung eine höhere Zufriedenheit begünstigt (Regressionsanalyse 6). Die aufgeklärte Varianz beträgt 8,3% und kann als kleiner Effekt eingeordnet werden (vgl. Tab. 5.6.3.2, Tab. 5.6.3.3).

Tabelle 5.6.3.2: Lineare Regressionsanalysen (Einschluss), Vorhersage der Zufriedenheit

| | Prädiktoren | Kriterium | R | R² | F | df | Sig. |
|---|---|------------------------------------|----------|----------------------|----------|-----------|-------------|
| | Therapiebeginn | | | | | | |
| 1 | Ressourcenrealisierung (RESGES), Depressivität (BDIGES) | Zufriedenheit (Pzuf_leb) | ,267 | ,071 | 4,27 | 113/2 | ,016 |
| 2 | Ressourcenrealisierung (RESGES), Psychopath. Belastung (SCLGSI) | Zufriedenheit (Pzuf_leb) | ,258 | ,067 | 4,58 | 130/2 | ,012 |
| | Therapieende | | | | | | |
| 3 | Ressourcenrealisierung (XRESGES), Depressivität (XBDIGES) | Zufriedenheit (Pzuf_leb) | ,505 | ,255 | 16,29 | 97/2 | ,000 |
| 4 | Ressourcenrealisierung (XRESGES), Psychopath. Belastung (XSCLGSI) | Zufriedenheit (Pzuf_leb) | ,480 | ,230 | 16,47 | 112/2 | ,000 |
| | Veränderung | | | | | | |
| 5 | Ressourcenrealisierung (DIFFRES), Depressivität (BDIVERÄN) | Zufriedenheit (Pzuf_leb) | ,224 | ,050 | 2,23 | 86/2 | ,114 |
| 6 | Ressourcenrealisierung (DIFFRES), Psychopath. Belastung (SCLVERÄN) | Zufriedenheit (Pzuf_leb) | ,288 | ,083 | 4,90 | 110/2 | ,009 |
| | | | | | | | |

Tabelle 5.6.3.3: Vorhersage der Zufriedenheit, Beta-Gewichte

| | Prädiktoren | Beta | r (partiell) | t | Sig. |
|----|----------------------------------|-------|-----------------|--------|------|
| | Therapiebeginn | | | | |
| 1. | Ressourcenrealisierung (RESGES) | -,071 | -,063 | -,667 | ,506 |
| | Depressivität (BDIGES) | ,223 | ,195 | 2,090 | ,039 |
| 2. | Ressourcenrealisierung (RESGES) | -,141 | -,137 | -1,559 | ,121 |
| | Psychopath. Belastung (SCLGSI) | ,175 | ,168 | 1,933 | ,055 |
| | Therapieende | | | | |
| 3. | Ressourcenrealisierung (XRESGES) | -,088 | -,085 | -,836 | ,405 |
| | Depressivität (XBDIGES) | ,452 | ,402 | 4,282 | ,000 |
| 4. | Ressourcenrealisierung (XRESGES) | -,210 | -,219 | -2,359 | ,020 |
| | Psychopath. Belastung (XSCLGSI) | ,366 | ,365 | 4,106 | ,000 |
| | Veränderung | | | | |
| 5. | Ressourcenrealisierung (DIFFRES) | -,174 | -,151 | -1,398 | ,166 |
| | Depressivität (BDIVERÄN) | -,077 | -,067 | -,616 | ,539 |
| 6. | Ressourcenrealisierung (DIFFRES) | -,137 | -,129 | -1,357 | ,178 |
| | Psychopath. Belastung (SCLVERÄN) | -,203 | -,189 | -2,000 | ,048 |

5.6.3 Zusammenfassung:

Die Untersuchung der Vorhersagekraft der Ressourcenrealisierung und der psychischen Belastung für die spätere Zufriedenheit zeigt, dass zu Therapiebeginn der psychischen Belastung alleinig eine Bedeutung als Prädiktor zukommt: Eine bei Therapiebeginn niedrige Depressivität bzw. niedrige psychopathologische Belastung begünstigen spätere Zufriedenheit. Die Effekte zu Therapieende sind jedoch insgesamt bedeutsamer. Auch wie schon für die Therapiebewertung gezeigt, eignet sich die Ressourcenrealisierung zu Therapieende nur dann zur Vorhersage einer höheren Zufriedenheit, wenn die psychopathologische Belastung einbezogen wird. Zusätzlich kommt auch dieser wieder eine Bedeutung als Prädiktor für die Zufriedenheit insofern zu, als dass eine niedrigere psychopathologische Belastung zu Therapieende eine höhere Zufriedenheit vorhersagt. Unter Einbeziehung der Depressivität kommt der Depressivität alleinig eine Vorhersagekraft in die oben genannte Richtung zu. Zusätzlich zeigt sich bei Berücksichtigung der psychopathologischen Belastung auch für die Belastungsreduktion ein positiver aber weniger bedeutender Einfluss auf die spätere Zufriedenheit.

5.7 Ressourcenrealisierung von Psychosomatik- und Suchtpatienten

Es erfolgt eine Gegenüberstellung der Psychosomatikpatienten mit den aus der parallel durchgeführten Untersuchung von Deppe-Schmitz (2008) stammenden Suchtpatienten. Zunächst wird berichtet, inwieweit sich die beiden Patientengruppen hinsichtlich ihrer gemeinsam ausgewählten Patienten-, Behandlungsmerkmale (vgl. auch Kap. 3, Abb. 3.1) unterscheiden bzw. ob der Therapieerfolg beider Gruppen vergleichbar ist (siehe Übersichtstabelle, Anhang C7). Anschließend werden Ergebnisse zum Vergleich der beiden Patientengruppen hinsichtlich ihrer Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und Therapieende sowie zur Veränderung der Ressourcenrealisierung im Therapieverlauf dargestellt.

Aus Tabelle 5.7.1 bis 5.7.3 sind die Ergebnisse zum Stichprobenvergleich bezogen auf die **Patientenmerkmale** zu entnehmen.

Tabelle 5.7.1: Personenmerkmale von Psychosomatik- und Suchtpatienten

| | Psychosomatikpatienten | Suchtpatienten | |
|---------------------------------------|------------------------|--------------------|------------------------------------|
| Alter | M= 44,55; SD= 09,57 | M= 45,02; SD= 7,80 | $t_{(180)} = -,541^*$, $p = ,557$ |
| Geschlecht | | | |
| männlich | 70 (45,2%) | 304 (80,6%) | $\chi^2 = 66,208$, $p = ,000$ |
| weiblich | 85 (54,8%) | 73 (19,4%) | |
| Bildung | | | |
| kein Abschluss | 51 (32,9%) | 140 (37,1%) | $\chi^2 = 6,583$; $p = ,086$ |
| Mittlere Reife | 89 (57,4%) | 177 (46,9%) | |
| Hochschulreife | 9 (05,8%) | 43 (11,4%) | |
| Studium | 6 (03,9%) | 17 (04,5%) | |
| Partnerschaft | | | |
| Ohne Partner | 47 (30,3%) | 167 (44,3%) | $\chi^2 = 8,921$; $p = ,003$ |
| Mit Partner | 108 (69,7%) | 210 (55,7%) | |
| Beruf. Sit. | | | |
| In Arbeit | 94 (60,6%) | 129 (34,2%) | $\chi^2 = 31,509$; $p = ,000$ |
| ohne Arbeit | 61 (39,4%) | 248 (65,8%) | |
| Dauer Arbeitslosigkeit (Jahre) | M= 3,39; SD= 4,15 | M= 2,65; SD= 2,77 | $t_{(283)} = 1,244$, $p = ,214$ |

*keine Varianzhomogenität

Im einzelnen zeigt sich für die **Personmerkmale** (vgl. Tab. 5.7.1), dass bis auf das Alter und Bildung (bei Annahme eines 5% Alpha-Niveaus) für alle weiteren Personenmerkmale signifikante Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen gefunden werden konnten: Während das Geschlechterverhältnis in der Suchtstichprobe klar männlich dominiert ist (80,6% Männeranteil), besteht in der Psychosomatikstichprobe ein nahezu ausgewogenes Geschlechterverhältnis: 45,2% der Patienten sind männlich, während 54,8% der Patienten weiblich sind. Während in der Suchtstichprobe zweidrittel der Patienten ohne Arbeit sind (65,8%), gilt dies in der Psychosomatikstichprobe nur für 39,4%. Über zwei Drittel der

5.7 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung von Psychosomatik- und Suchtpatienten

Patienten der Psychosomatikstichprobe leben in einer festen Partnerschaft (69,7%), in der Suchtstichprobe haben nur knapp über die Hälfte der Patienten eine Partnerschaft (55,7%).

Tabelle 5.7.2: Erkrankungsmerkmale von Psychosomatik- und Suchtpatienten

| | Psychosomatikpatienten | Suchtpatienten | |
|--|---------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Diagnose Persönlichkeitsstörung | | | |
| Nein | 126 (81,3%) | 337 (89,4%) | $\chi^2 = 6,384$; $p = ,015$ |
| Ja | 29 (18,7%) | 40 (10,6%) | |
| Vorliegen Komorbidität | | | |
| Nein | 57 (36,8%) | 245 (65,0%) | $\chi^2 = 35,623$; $p = ,000$ |
| Ja | 98 (63,2%) | 132 (35,0%) | |
| Erkrankungsdauer (Jahre) | M= 8,56; SD= 10,12 | M= 11,59; SD= 8,61 | $t_{(647)} = -3,48$; $p = ,000$ |
| Vorherige Suizidversuche | | | |
| Nein | | | $\chi^2 = ,537$; $p = ,595$ |
| Ja | 148 (81,3%) 34 (18,7%) | 434 (79,2%) 114 (20,8%) | |
| Arbeitsunfähigkeit (Dauer in Tagen) | M= 101,25; SD= 173,91 | M= 72,87; SD= 324,88 | $t_{(529)} = 1,03$; $p = ,304$ |

*keine Varianzhomogenität

Bezüglich der **Erkrankungsmerkmale** unterscheiden sich Psychosomatikpatienten in der höheren Anzahl an psychischen Diagnosen bedeutsam von den Suchtpatienten. Für 63,2% der Psychosomatikpatienten liegt eine komorbide Störung vor, während nur 35% der Suchtpatienten eine komorbide Diagnose aufweist. Auch wurde in der Psychosomatikabteilung signifikant häufiger die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ vergeben. Hingegen weisen Psychosomatikpatienten mit durchschnittlich 8,56 Jahren eine signifikant kürzere Erkrankungsdauer auf als Suchtpatienten, welche durchschnittlich 11,59 Jahre vor Behandlungsbeginn erkrankt waren (vgl. Tab. 5.7.2).

Hinsichtlich der **psychischen Belastung** lassen sich bedeutsame Unterschiede in der Depressivität und psychopathologischen Belastung finden: Psychosomatikpatienten sind zu Beginn der Behandlung bedeutsam psychisch belasteter als Suchtpatienten (vgl. Tab. 5.7.3).

Tabelle 5.7.3: Psychische Belastung von Psychosomatik- und Suchtpatienten zu Therapiebeginn

| | Psychosomatikpatienten | | Suchtpatienten | | |
|--|------------------------|------|----------------|------|-----------------------------------|
| | M | SD | M | SD | T-Wert, Sig. |
| Depressivität BDIGES | 16,16 | 9,97 | 12,15 | 9,00 | $t_{(467)} = 4,225$; $p = ,000$ |
| Psychopatholog. Belastung SCLGSI | 1,09 | ,59 | ,74 | ,59 | $t_{(256)} = 5,65^*$; $p = ,000$ |

*keine Varianzhomogenität

Deutliche Unterschiede zwischen den beiden Stichproben zeigen sich mit Ausnahme für den Entlassmodus in allen übrigen für beide Stichproben erhobenen

5.7 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung von Psychosomatik- und Suchtpatienten

Behandlungsmerkmalen (vgl. Tab. 5.7.4; 5.7.5): Die Psychosomatikpatienten weisen eine signifikant kürzere Behandlungsdauer auf als Suchtpatienten. Auch bleibt zum Ende der Behandlung der zu Behandlungsbeginn gefundene Unterschied in der psychischen Belastung bestehen, wobei die Suchtpatienten eine signifikant stärkere Verbesserung ihrer psychischen Belastung zeigen als die Psychosomatikpatienten.

Tabelle 5.7.4: Behandlungsmerkmale von Psychosomatik- und Suchtpatienten

| | Psychosomatikpatienten | Suchtpatienten | |
|---|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Behandlungszeit (Tage) | M= 42,99; SD= 9,55 | M= 79,97; SD= 16,70 | $t_{(476)} = -32,05^*$; $p = ,000$ |
| Entlassmodus Vorzeitig Regulär | 20 (12,9%) 135 (87,1%) | 53 (14,1%) 322 (85,9%) | $\chi^2 = ,140$; $p = ,783$ |

*keine Varianzhomogenität

Tabelle 5.7.5: Psychische Belastung von Psychosomatik- und Suchtpatienten zu Therapieende

| | Psychosomatikpatienten | | Suchtpatienten | | |
|--|------------------------|-------|----------------|------|-------------------------------------|
| | M | SD | M | SD | T-Wert, Sig |
| Depressivität XBDIges | 11,29 | 10,61 | 5,45 | 7,37 | $t_{(186)} = 5,805^*$; $p = ,000$ |
| Veränderung Depressivität BDIGES-XBDIGES | 4,27 | 9,01 | 6,61 | 7,67 | $t_{(201)} = -2,666^*$; $p = ,008$ |
| Psychopatholog. Belastung XSCLGSI | ,85 | ,71 | ,41 | ,50 | $t_{(215)} = 6,825^*$; $p = ,000$ |
| Veränderung Psychopatholog. Belastung SCLGSI-XSCLGSI | ,22 | ,64 | ,34 | ,52 | $t_{(249)} = -2,11^*$; $p = ,036$ |

*keine Varianzhomogenität

An **längerfristigen Therapieerfolgsmerkmalen** lässt sich nur die ein Jahr spätere Zufriedenheit als identisches Kriterium für beide Stichproben vergleichen: Zum Katamnesezeitpunkt sind Psychosomatikpatienten signifikant unzufriedener als Suchtpatienten mit ihrer allgemeinen Lebenssituation (Tab. 5.7.6).

Tabelle 5.7.6: Zufriedenheit von Psychosomatik- und Suchtpatienten ein Jahr nach Therapieende

| | Psychosomatikpatienten | Suchtpatienten | |
|----------------------|------------------------|-------------------|---------------------------------|
| Zufriedenheit | M= 3,37; SD= 1,38 | M= 2,87; SD= 2,04 | $t_{(474)} = 2,60$; $p = ,010$ |

Auch für die Ausprägung der **Ressourcenrealisierung sowohl zu Therapiebeginn und Therapieende** zeichnen sich deutliche Unterschiede zwischen den Psychosomatik- und Suchtpatienten ab: Insgesamt realisieren Psychosomatikpatienten weniger Ressourcen als Suchtpatienten sowohl zu Behandlungsbeginn als auch zu Behandlungsende (vgl. Tab. 5.7.7, Abb. 5.7.1).

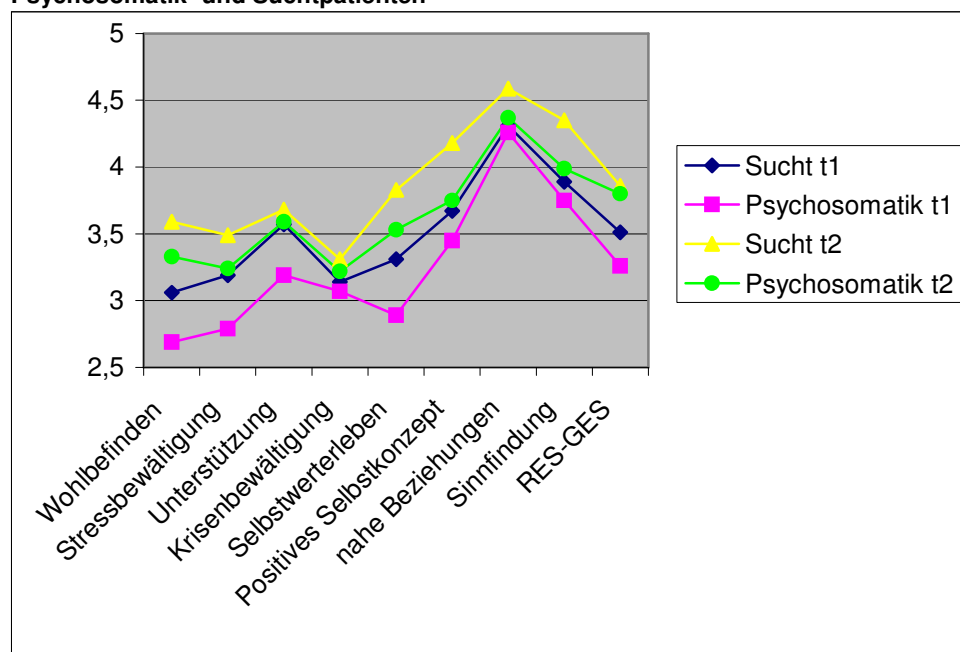
5.7 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung von Psychosomatik- und Suchtpatienten

Tabelle 5.7.7: Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn u. -ende von Psychosomatik- und Suchtpatienten

| | Therapiebeginn | | | | Therapieende | | | |
|--|-------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|
| | Psychosomatik | | Sucht | | Psychosomatik | | Sucht | |
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| Wohlbefinden RESA | 2,67 (n = 181) | 1,15 | 3,02 (n = 547) | 1,27 | 3,33 (n = 154) | 1,14 | 3,59 (n = 380) | 1,18 |
| Stressbewältigung RESB | 2,80 (n = 179) | ,92 | 3,14 (n = 538) | 1,04 | 3,24 (n = 151) | 1,07 | 3,49 (n = 363) | 1,09 |
| Unterstützung RESC | 3,19 (n = 181) | 1,32 | 3,56 (n = 543) | 1,28 | 3,59 (n = 154) | 1,30 | 3,68 (n = 372) | 1,28 |
| Krisenbewältigung RESD | 3,04 (n = 179) | ,86 | 3,19 (n = 537) | ,96 | 3,22 (n = 151) | 1,01 | 3,31 (n = 367) | ,98 |
| Selbstwerterleben RESE | 2,88 (n = 178) | 1,15 | 3,30 (n = 545) | 1,26 | 3,53 (n = 151) | 1,22 | 3,83 (n = 376) | 1,28 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,43 (n = 180) | 1,02 | 3,66 (n = 536) | ,95 | 3,75 (n = 153) | 1,07 | 4,18 (n = 368) | ,99 |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,33 (n = 175) | 1,30 | 4,22 (n = 512) | 1,15 | 4,37 (n = 146) | 1,16 | 4,59 (n = 336) | 1,11 |
| Sinnfindung RESH | 3,77 (n = 175) | ,93 | 3,85 (n = 531) | 1,04 | 3,99 (n = 150) | 1,06 | 4,35 (n = 364) | ,95 |
| Ressourcen- gesamtswert RESGES | 3,26 (n = 179) | ,80 | 3,47 (n = 540) | ,89 | 3,61 (n = 152) | ,91 | 3,86 (n = 373) | ,89 |

Der Vergleich der **Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn** mittels T-Tests für unabhängige Stichproben zeigt, dass sich Psychosomatikpatienten nur in den Ressourcenbereichen *Krisenbewältigung*, *Nahe Beziehungen* und *Sinnfindung* nicht bedeutsam von den Suchtpatienten unterscheiden. Für alle anderen Ressourcenbereiche ergeben sich auch nach Bonferroni-Korrektur noch signifikante Unterschiede. Die Effektstärken sind als klein einzuordnen.

Abbildung 5.7.1: Mittelwerte der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und -ende für Psychosomatik- und Suchtpatienten



5.7 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung von Psychosomatik- und Suchtpatienten

Tabelle 5.7.8: T-Tests für unabhängige Stichproben: Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn u. -ende von Psychosomatik (PS)- und Suchtpatienten (SU)

| Therapiebeginn | | | | | Therapieende | | | | |
|-------------------------------------|--------|-----|------------------------------------|------|--------------------------------------|--------|------|------------------------------------|------|
| Vergleich PS-SU | T | df | Sig./ K ¹ (2-seitig) | d | Vergleich PS-SU | T | df | Sig./ K ¹ (2-seitig) | d |
| Wohlbefinden RESA | -3,316 | 726 | ,001* | -,25 | Wohlbefinden XRESA | -2,370 | 534 | ,018 | -,21 |
| Stressbewältigung RESB | -4,002 | 715 | ,000** | -,30 | Stressbewältigung XRESB | -2,616 | 521 | ,009+ | -,23 |
| Unterstützung RESC | -3,367 | 722 | ,001* | -,25 | Unterstützung XRESC | -,687 | 527 | ,492 | -,06 |
| Krisenbewältigung RESD | -,942 | 714 | ,347 | -,07 | Krisenbewältigung XRESD | -1,043 | 526 | ,297 | -,09 |
| Selbstwerterleben RESE | -3,888 | 721 | ,000** | -,29 | Selbstwerterleben XRESE | -2,858 | 530 | ,004* | -,25 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | -2,748 | 714 | ,006+ | -,21 | Pos. Selbstkonzept XRESF | -4,439 | 527 | ,000** | -,39 |
| Nahe Beziehungen RESG | 1,005 | 685 | ,315 | ,08 | Nahe Beziehungen XRESG | -2,096 | 493 | ,037 | -,19 |
| Sinnfindung RESH | -,917 | 704 | ,359 | -,07 | Sinnfindung XRESH | -3,504 | 265* | ,001* | -,47 |
| Ressourcen- gesamtwert RESGES | -2,825 | 717 | ,005* | -,21 | Ressourcen- Gesamtwert XRESGES | -2,939 | 530 | ,003* | -,26 |

¹keine Varianzhomogenität

¹ Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Für die **Ressourcenrealisierung zum Therapieende** konnten nur für die Bereiche *Unterstützung* und *Krisenbewältigung* keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Die sonst aufgefundenen signifikanten Unterschiede liegen mit Ausnahme für den Ressourcenbereich *Wohlbefinden* und *Nahe Beziehungen* nach Anwendung der Bonferroni-Korrektur noch im signifikanten Bereich. Auch zum Behandlungsende ergeben sich insgesamt nur kleine Effekte, wobei für die Ressourcenbereiche *Positives Selbstkonzept* und *Sinnfindung* die deutlichsten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen vorliegen (siehe Tab. 5.7.8).

Betrachtet man nun die **Veränderung der Ressourcenrealisierung** im Behandlungsverlauf, fällt auf, dass sich hier Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen in den Bereichen *Unterstützung*, *Positives Selbstkonzept*, *Sinnfindung* und marginal auch im Ressourcenbereich *Nahe Beziehungen* zeigen. Diese Unterschiede sind so zu verstehen, dass Psychosomatikpatienten im Bereich *Unterstützung* einen signifikant höheren Ressourcenzuwachs aufweisen als Suchtpatienten. In den drei anderen Bereichen ist der Ressourcenzuwachs für die Psychosomatikpatienten hingegen bedeutsam niedriger als für Suchtpatienten (vgl. Tab. 5.7.9, sowie Anhang Abb. C1-4).

5.7 Ergebnisse: Ressourcenrealisierung von Psychosomatik- und Suchtpatienten

Tabelle 5.7.9: T-Tests für unabhängige Stichproben, Veränderung Ressourcenrealisierung von Psychosomatik- und Suchtpatienten

| Veränderung Ressourcenrealisierung | Psychosomatikpatienten | | Suchtpatienten | | T-Tests für unabhängige Stichproben | | | | |
|---|------------------------|------|----------------|------|-------------------------------------|-----|-----------------|----------------|------|
| | M | SD | M | SD | T | df | Sig. (2-seitig) | K ¹ | d |
| Wohlbefinden DIFFRESA | ,63 N= 154 | 1,32 | ,53 N= 380 | 1,25 | ,813 | 532 | ,416 | n. sig. | ,07 |
| Stressbewältigung DIFFRESB | ,45 N= 151 | 1,12 | ,31 N= 363 | 1,16 | 1,272 | 512 | ,204 | n. sig. | ,11 |
| Unterstützung DIFFRESC | ,40 N= 154 | 1,39 | ,10 N= 372 | 1,27 | 2,383 | 524 | ,018 | n. sig. | -,21 |
| Krisenbewältigung DIFFRESD | ,15 N= 151 | 1,01 | ,16 N= 367 | 1,00 | -,166 | 516 | ,868 | n. sig. | -,01 |
| Selbstwerterleben DIFFRESE | ,64 N= 151 | 1,25 | ,52 N= 376 | 1,23 | ,977 | 525 | ,329 | n. sig. | ,09 |
| Pos. Selbstkonzept DIFFRESF | ,30 N= 153 | ,91 | ,50 N= 368 | ,80 | -2,494 | 519 | ,013 | n. sig. | -,22 |
| Nahe Beziehungen DIFFRESG | ,11 N= 146 | ,82 | ,29 N= 336 | ,97 | -1,941 | 480 | ,053 | n. sig. | -,18 |
| Sinnfindung DIFFRESH | ,24 N= 150 | ,82 | ,46 N= 364 | ,90 | -2,538 | 512 | ,011 | n. sig. | -,22 |
| Ressourcen- gesamtwert DIFFRESGES | ,36 N= 152 | ,79 | ,36 N= 373 | ,75 | ,077 | 523 | ,939 | n. sig. | ,01 |

¹ Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Tabelle 5.7.10: Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung: Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und Therapieende für Psychosomatik- und Suchtpatienten

| | Indikation (Psychosomatik-Sucht) | | | Zeit (Therapiebeginn-Ende) | | | Indikat x Zeit | | |
|---|-------------------------------------|---------------------|------------------|-------------------------------|---------------------|------------------|----------------|---------------------|------------------|
| | F | Sig./K ¹ | Eta ² | F | Sig./K ¹ | Eta ² | F | Sig./K ¹ | Eta ² |
| Wohlbefinden RESA | 10,181 | ,002* | ,019 | 91,838 | ,000** | ,147 | ,661 | ,416 | ,001 |
| Stressbewältigung RESB | 14,545 | ,000** | ,028 | 45,815 | ,000** | ,082 | 1,618 | ,204 | ,003 |
| Unterstützung RESC | 4,905 | ,027 | ,009 | 16,164 | ,000** | ,030 | 5,679 | ,018 | ,011 |
| Krisenbewältigung RESD | ,963 | ,327 | ,002 | 10,165 | ,002* | ,019 | ,028 | ,868 | ,000 |
| Selbstwerterleben RESE | 11,943 | ,001* | ,022 | 94,172 | ,000** | ,152 | ,954 | ,329 | ,002 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 14,326 | ,000** | ,027 | 99,700 | ,000** | ,161 | 6,220 | ,013 | ,012 |
| Nahe Beziehungen RESG | 1,757 | ,186 | ,004 | 18,130 | ,000** | ,036 | 3,766 | ,053 | ,008 |
| Sinnfindung RESH | 8,506 | ,004* | ,016 | 66,126 | ,000** | ,114 | 6,440 | ,011 | ,012 |
| Ressourcen- gesamtwert RESGES | 9,930 | ,002* | ,019 | 96,371 | ,000** | ,156 | ,006 | ,939 | ,000 |

¹ Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Anschließend wurde zur Absicherung der Ergebnisse der T-Tests eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Der Vergleich der Ressourcenrealisierung von Sucht- und Psychosomatikpatienten ergibt für alle Ressourcenbereiche erwartungsgemäß hoch signifikante Unterschiede zwischen

Behandlungsbeginn und –ende (vgl. auch Kap. 5.2): sowohl die Psychosomatikpatienten als auch die Suchtpatienten haben sich erwartungsgemäß hinsichtlich ihrer Ressourcenrealisierung signifikant im therapeutischen Verlauf verbessert. Für alle Bereiche mit Ausnahme der *Krisenbewältigung* und *Nahen Beziehungen* liegt zudem ein signifikanter Haupteffekt für die Indikation vor, was bedeutet, dass Psychosomatikpatienten insgesamt über weniger Ressourcen verfügen als Suchtpatienten (vgl. Tab. 5.7.10).

Wie aufgrund der Ergebnisse der vorher durchgeführten T-Tests zu erwarten, ergeben sich für die Bereiche *Unterstützung*, *Positives Selbstkonzept*, *Nahe Beziehungen* und *Sinnfindung* signifikante (ordinale) Interaktionseffekte, welche bestätigen, dass der Ressourcenzuwachs über den Behandlungszeitraum für die Psychosomatik- und Suchtpatienten nicht parallel verläuft. Für den Bereich *Unterstützung* ist der Interaktionseffekt so zu interpretieren, dass Psychosomatik-Patienten zu Therapiebeginn über signifikant weniger Ressourcen verfügen als Suchtpatienten, jedoch die Psychosomatikpatienten einen signifikant stärkeren Ressourcenzuwachs verzeichnen können und sich somit den Suchtpatienten zu Therapieende annähern und sich die Ressourcenrealisierung zu Behandlungsende nicht mehr signifikant in Abhängigkeit der Indikation unterscheidet. Die signifikanten Interaktionseffekte für die beiden Bereiche *Nahe Beziehungen* und *Sinnfindung* sind so zu verstehen, dass sich Psychosomatik- und Suchtpatienten in ihrem Ausgangsniveau zu Therapiebeginn nicht bedeutsam voneinander unterscheiden haben, aber die Suchtpatienten einen signifikant höheren Ressourcenzuwachs zu verzeichnen haben und somit zum Ende der Therapie signifikant mehr Ressourcen realisieren als zu Therapiebeginn im Vergleich zu den psychosomatischen Patienten. Für den Bereich *Positives Selbstkonzept* liegen sowohl für Behandlungsbeginn und -ende signifikante Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen vor, jedoch weisen die Suchtpatienten einen signifikant höheren Ressourcenzuwachs auf als die Psychosomatikpatienten (siehe Anhang C, Abb. C1- C4).

5.7 Zusammenfassung:

Die bislang untersuchte Gruppe der Psychosomatikpatienten wurde mit einer Suchtstichprobe, die in derselben Klinik behandelt wurde, zunächst hinsichtlich ihrer Patienten- und Behandlungsmerkmale als auch hinsichtlich ihres längerfristigen Therapieerfolgs miteinander verglichen. Es zeigen sich Unterschiede in den Personmerkmalen Geschlecht, Partnerschaft als auch im Erwerbsstatus insofern, dass die Suchtstichprobe deutlich männlich dominiert ist als auch durch eine höhere Arbeitslosigkeit gekennzeichnet ist und weniger Suchtpatienten über eine Partnerschaft verfügen als Psychosomatikpatienten. Für den Vergleich von Erkrankungsmerkmalen und psychischen Belastungsmerkmalen zeigt sich mit Ausnahme einer kürzeren Erkrankungsdauer für Psychosomatikpatienten konsistent, dass diese schwerer beeinträchtigt sind. Nur bzgl. vorheriger Suizidversuche bzw. Arbeitsunfähigkeitszeiten ergeben sich keine Unterschiede.

Die beiden Patientengruppen unterscheiden sich darüber hinaus auch mit Ausnahme des Entlassstatus in allen untersuchten Behandlungsmerkmalen als auch bzgl. des längerfristigen Therapieerfolgs. Zum einen werden Psychosomatikpatienten kürzer behandelt und weisen eine geringe Abnahme ihrer psychischen Belastung auf. Zum anderen sind Psychosomatikpatienten ein Jahr nach der Therapie unzufriedener mit ihrer Lebenssituation. Bezüglich des Vergleichs der Ressourcenrealisierung zeigt sich, dass Psychosomatikpatienten zum Beginn und Ende der Behandlung weniger Ressourcen realisieren als Suchtpatienten. Zu Therapiebeginn verfügen Psychosomatikpatienten nur in den Ressourcenbereichen Krisenbewältigung, Sinnfindung und Nahe Beziehungen über genauso viele Ressourcen wie Suchtpatienten. Zu Therapieende unterscheiden sich Psychosomatikpatienten von Suchtpatienten wie schon zu Therapiebeginn weiterhin nicht hinsichtlich der Realisierung von Krisenbewältigung, auch realisieren sie zu Therapieende genau so viele Ressourcen im Bereich Unterstützung wie Suchtpatienten.

Die Suchtpatienten weisen insgesamt einen stärkeren Ressourcenzuwachs auf als Psychosomatikpatienten. Dies zeigt sich deutlich für die Ressourcenbereiche Positives Selbstkonzept als auch Sinnfindung. Im Ressourcenbereich Unterstützung hingegen verzeichnen Psychosomatikpatienten einen stärkeren Zuwachs als Suchtpatienten.

6 Diskussion

Die folgende Diskussion gliedert sich insgesamt in fünf große Abschnitte: Zunächst werden die Kernaussagen der wichtigsten Ergebnisse der Studie zusammengefasst. Es erfolgt eine kritische Diskussion der einzelnen Ergebnisse zur Bedeutung der Ressourcenrealisierung von Psychosomatikpatienten für den Psychotherapieprozess. Aufgrund der hohen Praxisbezogenheit als zentrale Zielsetzung der Studie schließt sich eine zusammenfassende Reflektion und Einordnung der Ergebnisse im Hinblick auf ihre praktische Bedeutsamkeit an. Die Stärken und Schwächen der Arbeit werden herausgearbeitet und abschließend ein Ausblick für weitere Forschung gegeben⁸.

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde die aus Patientensicht subjektiv wahrgenommene Ressourcenrealisierung von Patienten, die sich in einer stationären psychosomatischen Rehabilitation befanden, zu Therapiebeginn und zu Therapieende erhoben und im Hinblick auf deren Bedeutung für verschiedene Patientenmerkmale, für verschiedene Behandlungsmerkmale sowie für den längerfristigen Therapieerfolg untersucht. Die Ressourcenrealisierung wurde dabei v.a. Merkmalen psychischer Belastung gegenübergestellt. Umfassende Zusammenfassungen zu den Ergebnissen befinden sich am Ende des jeweiligen Ergebniskapitels. Folgende Kernaussagen lassen sich aus den Ergebnissen zu den sieben Fragestellungen ableiten:

- Psychosomatische Patienten nehmen bereits zu Therapiebeginn der stationären Rehabilitationsbehandlung ein mittleres Maß an Ressourcen wahr, wenngleich die psychosomatischen Patienten deutlich weniger Ressourcen realisieren als Gesunde, aber immerhin nicht per se über weniger Ressourcen verfügen als ambulante Psychotherapiepatienten. Es scheint kein spezifisches psychosomatisches Ressourcenprofil zu geben.
- Nachgewiesen werden kann ein deutlicher Ressourcenzuwachs während der psychosomatischen Behandlung. Die Psychosomatikpatienten haben sich in ihrer Ressourcenrealisierung den Gesunden deutlich angenähert. 60% der Patienten, die anfangs nur über ein geringes Ressourcenausmaß verfügten, haben sich in der Therapie klinisch bedeutsam bezüglich ihrer Ressourcenrealisierung verbessert. Insgesamt weist

⁸ Die Kapitel 6.2.7 sowie 6.3-6.5 sind gemeinsam verfasst worden und liegen auch in der Arbeit von Deppe-Schmitz (2008) vor.

ein Drittel aller Patienten eine klinische und statistisch bedeutsame Verbesserung der Ressourcenrealisierung auf.

- Die Ressourcenrealisierung wird weitestgehend unabhängig von Patientenmerkmalen eingeschätzt. Ob psychosomatische Patienten über eine hohe Ressourcenrealisierung verfügen, hängt weniger mit soziodemographischen Merkmalen zusammen. Einzig das Vorliegen einer Partnerschaft ist mit einer guten Ressourcenausstattung verbunden. Erkrankungsmerkmale, die Aussagen über den Schweregrad der Erkrankung machen, haben keine Bedeutung für die Ressourcenrealisierung. Lediglich Diagnosemerkmale sind für die Ressourcenwahrnehmung relevant. Ein deutlicher negativer Zusammenhang zeigt sich zudem für psychische Belastungsmerkmale.
- Der Ressourcenrealisierung kommt keine wesentliche Bedeutung für diverse Behandlungsmerkmale zu Therapieende zu. Es zeigt sich nur ein schwacher Zusammenhang zwischen einer hohen Ressourcenwahrnehmung zu Therapiebeginn und der Abnahme an psychischer Belastung in der Therapie. In ihrer psychischen Belastung erfolgreich verbesserte Patienten haben zu Therapiebeginn nur in ausgewählten Ressourcenbereichen bereits mehr Ressourcen realisiert.
- Die Ressourcenrealisierung eignet sich zur Vorhersage des längerfristigen Therapieerfolgs: Psychosomatikpatienten mit einer guten Ressourcenausstattung zu Therapieende sind ein Jahr später zufriedener und bewerten die Therapie im Rückblick positiver. Keinen Einfluss hat die Ressourcenrealisierung auf die spätere Arbeitsfähigkeit der Patienten.
- Wird der Ressourcenrealisierung Merkmalen psychischer Belastung gegenüber gestellt, erweist sich eine hohe Ressourcenrealisierung als auch niedrige Belastung zu Therapieende als günstig für die spätere Zufriedenheit und Therapiebewertung, allerdings nur unter Berücksichtigung der psychopathologischen Belastung. Ansonsten kommt den psychischen Belastungsmerkmalen eine höhere Relevanz zur Vorhersage des längerfristigen Therapieerfolgs zu.
- Der Vergleich zwischen den Psychosomatik- und Suchtpatienten verdeutlicht, dass die vorgefundenen Ergebnisse aus der Psychosomatikstichprobe nicht einfach auf die Suchtpatienten (Deppe-Schmitz, 2008) übertragbar sind. Während für die Suchtpatienten eher der Ressourcenstatus zu Therapiebeginn für den längerfristigen Therapieerfolg bedeutsam zu sein scheint, spielt für die Psychosomatikpatienten dagegen der Ressourcenstatus zu Therapieende eine größere Rolle. Darüberhinaus zeigen Psychosomatikpatienten durchwegs eine bedeutend niedrigere Ressourcenverfügbarkeit als Suchtpatienten auf.

6.2 *Bewertung der einzelnen Ergebnisse*

Es erfolgt nun die Diskussion der einzelnen Ergebnisse in Anlehnung an die Struktur der Fragestellungen in Kapitel 3 und der Ergebnisdarstellung in Kapitel 5. Die Diskussion des Vergleichs zwischen der Psychosomatik- und Suchtstichprobe in Kapitel 6.2.7 geht über die Bewertung der Ergebnisse des Kapitels 5.7 zum Ressourcenzuwachs dieser beiden Stichproben hinaus und wird um einen umfassenden Vergleich der gesamten Studie mit der Untersuchung von Deppe-Schmitz (2008) erweitert. Dieses Kapitel findet sich identisch in der Arbeit von Deppe-Schmitz (2008). Um die Relevanz einzelner Ressourcenbereiche zusammenfassend im psychotherapeutischen Prozess bewerten zu können, wird der Darstellung und Diskussion bzgl. der Bedeutung einzelner Ressourcenbereiche für die Therapie ein Extra-Kapitel gewidmet (vgl. Kap. 6.2.8).

Die Ergebnisse werden eingeordnet in den in Kapitel 2 ausführlich dargestellten Forschungsbereich und bezüglich ihrer Bedeutung für Forschung und Praxis bewertet und interpretiert.

6.2.1 Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn

Da aufgrund der fehlenden systematischen Erfassung von Ressourcen bislang wenig darüber bekannt ist, mit welchen Ressourcen Psychotherapiepatienten ausgestattet sind, wird zunächst Raum für die Diskussion deskriptiver Ergebnisse zur Ressourcenrealisierung gegeben. Im Fokus der vorliegenden Untersuchung steht dabei die subjektive Patienteneinschätzung bzgl. der Realisierbarkeit eigener personaler Ressourcen im Rahmen einer stationären psychosomatischen Rehabilitation. Die Patientengruppe wird wegen bislang fehlender Normierungen des Ressourcen-Fragebogens (RES, Tröskén, 2000) in Relation zu ambulanten Psychotherapiepatienten als auch einer nicht-klinischen Population gesetzt, um eine Einordnung und Bewertung der Ergebnisse zu ermöglichen.

Dass Menschen trotz psychischer Beeinträchtigungen noch in der Lage sind, Ressourcen bei sich wahrzunehmen, konnte auch für die in der vorliegenden Studie untersuchten psychosomatischen Patienten bestätigt werden. **Die Patienten geben an, durchschnittlich immerhin „zeitweise“ Ressourcen zu realisieren**, was zeigt, dass zu Beginn der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung aus Patientensicht noch ein gewisses Maß an Ressourcen vorhanden ist bzw. auch psychisch Kranke Ressourcen realisieren.

Vor dem Hintergrund, dass bei psychisch erkrankten Patienten aufgrund psychischer Beeinträchtigungen sowie ausgeprägter Demoralisierungstendenzen gerade zu Beginn einer Psychotherapie von einer eingeschränkten subjektiven Verfügbarkeit positiver Gedächtnisinhalte auszugehen ist, sollte es stationären psychosomatischen Patienten im Vergleich zu Gesunden weniger gut gelingen, Ressourcen bei sich zu erkennen, was der Vergleich mit einer nicht-klinischen Stichprobe erwartungsgemäß bestätigt: **Psychosomatische Patienten realisieren durchschnittlich deutlich weniger Ressourcen als potentiell gesunde Menschen.** Dieser Befund lässt sich gut in die Konsistenztheorie (Grawe, 1998, 2004) einordnen, dass psychisch Kranke aufgrund weniger bedürfnisbefriedigender Erfahrungen mehr Inkongruenz erleben und dadurch weniger Ressourcen wahrnehmen, wobei darauf verwiesen werden muss, dass keine Informationen über die tatsächliche psychische Gesundheit der nicht-klinischen Stichprobe vorliegen.

Interessant zur Einordnung des vorliegenden Befunds insbesondere auch im Hinblick darauf, wie Veränderungen in der Ressourcenrealisierung im Therapieverlauf zu bewerten sind (vgl. Kap. 6.2.2), ist darüber hinaus für die Ressourcenforschung erstmalig die Beurteilung der individuellen Ressourcenausprägungen der Psychosomatikpatienten hinsichtlich ihrer klinischen Relevanz. **Orientiert an der nicht-klinischen Stichprobe zeigt sich ein relativ hoher Anteil an Patienten von über 60%, der über eine mindestens gleich hohe Ressourcenrealisierung wie ein Querschnitt der Allgemeinbevölkerung verfügt, was als gesundes Ausmaß an subjektiv verfügbaren Ressourcen betrachtet werden kann.** Dem gegenüber verfügt aber auch immerhin noch ein Drittel der Patienten zu Behandlungsbeginn über eine deutlich niedrigere Ressourcenrealisierung als Personen der nicht-klinischen Stichprobe, was bei diesen Patienten wiederum auf ein Ressourcendefizit hindeutet und auf die Notwendigkeit einer Ressourcenförderung hinweist.

Die Gegenüberstellung der stationären Psychosomatikpatienten mit ambulanten Psychotherapiepatienten ergibt erstaunlicherweise, dass psychosomatische Patienten mit Ausnahme eines einzigen Ressourcenbereichs (vgl. Kap. 6.2.8) mindestens genauso viele Ressourcen wie ambulante Patienten realisieren, was im Kontrast zu einem Befund von Oesch (2002) steht, die für ambulante Patienten eine von Dritten eingeschätzte höhere Ressourcenverfügbarkeit vorfand im Vergleich zu stationären Patienten und verwundert auch insofern, da bei stationären Patienten von einer stärkeren Chronifizierung der Symptomatik ausgegangen wird und diese im Vergleich zu ambulanten Psychotherapiepatienten als schwerer psychisch beeinträchtigt gelten (vgl. z.B. Wiesemann, 2002) und folglich über eine geringe Ressourcenwahrnehmung verfügen sollten (s.a. Kap. 6.2.3 zum Zusammenhang zw. psychischen

Belastungsmerkmalen und Ressourcenrealisierung). Tatsächlich liegt bei den untersuchten psychosomatischen Patienten eine durchschnittlich deutlich niedrigere Ausprägung an psychischer Belastung sowie ein vergleichsweise hoher Anteil an bereits zu Therapiebeginn klinisch unauffälligen Patienten (bzgl. psychopathologischer Belastung ein Viertel der Patienten und für die Depressivität sogar die Hälfte aller Patienten, vgl. Kap. 5.3) im Vergleich zu stationären Psychiatriepatienten vor (vgl. z.B. Wiesemann, 2002; Hautzinger, 1994; Beck, 1995), was für eine differenzierte Betrachtung von Rehabilitationspatienten spricht: Möglicherweise befindet sich unter den Psychosomatikpatienten ein Anteil an so genannten „Kur“-Patienten, die die Behandlungszeit eher zur Erholung nutzen, wofür auch der hohe Anteil an Patienten mit einer bereits im Vergleich zur nicht-klinischen Stichprobe durchschnittlichen Ressourcenrealisierung spricht. Vor dem Hintergrund, dass es sich bei den ambulanten Psychotherapiepatienten um eine Schweizer Stichprobe handelt, muss hier auch auf die Einzigartigkeit des medizinischen Versorgungssystems der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung in Deutschland verwiesen werden. Ein detaillierter Vergleich der beiden Patientengruppen hinsichtlich weiterer Eingangsmerkmale zur Ableitung weiterer Schlussfolgerungen in nachfolgenden Untersuchungen wäre hier weiterführend.

Die Betrachtung des psychosomatischen Ressourcenprofils zeigt sowohl zu Therapiebeginn als auch zu Therapieende (vgl. Kap. 5.2) im Großen und Ganzen eine hohe Ähnlichkeit mit den Ressourcenprofilen von gesunden Personen als auch mit der bereits herangezogenen ambulanten Stichprobe auf, was darauf hindeutet, **dass es für stationäre psychosomatische Patienten kein spezifisches Ressourcenmuster zu geben scheint.**

Für die psychotherapeutische Praxis bestätigen die vorliegenden Ergebnisse, dass in der Psychotherapie und speziell auch in einer psychosomatischen Behandlung an bereits von den Patienten wahrgenommene Ressourcen auch schon zu Behandlungsbeginn angeknüpft werden kann und sollte, um möglichst frühzeitig einem weiteren Ressourcenverlust i.S. sich selbst verstärkender negativer Ressourcenspiralen (vgl. Hobfoll, 1989) entgegenwirken zu können. Dass für Psychosomatikpatienten grundsätzlich nicht andere Ressourcen von Bedeutung sind als für ambulante Psychotherapiepatienten, erleichtert im klinischen Alltag die Ableitung von Interventionsstrategien zur Ressourcenförderung.

6.2.2 Veränderung der Ressourcenrealisierung

Gerade vor dem Hintergrund, dass Patienten mit einem hohen Ausmaß an Ressourcen als seelisch gesünder (vgl. Oesch, 2002; Tröskén & Grawe, 2003; Heinz, 2003) bzw. Ressourcendefizite als Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen gelten und der Aufbau von Ressourcen auch im Sinne einer Prävention von psychischen Störungen sinnvoll erscheint (vgl. Grawe, 2004), kommt der Ressourcenförderung ein immer wichtig werdender Stellenwert in der Psychotherapie zu. Dass Psychotherapie eine Förderung von Ressourcen begünstigen kann, wird im Rahmen der Konsistenztheorie von Grawe (1998) mit einer gelungenen Ressourcenaktivierung in Verbindung gebracht. In welchem Ausmaß ein Ressourcenzuwachs im Rahmen einer psychosomatischen verhaltenstherapeutischen Rehabilitationsbehandlung stattfindet, wird im folgenden diskutiert. Dabei stellt neben der Beurteilung des statistisch bedeutsamen Ressourcenzuwachses die Bewertung der klinischen Bedeutsamkeit von Veränderungen der Ressourcenrealisierung einen wichtigen und für die Ressourcenperspektive völlig neuen Aspekt dar, der eng verbunden mit der Frage nach der Definition einer sog. „gesunden“ Ressourcenrealisierung (vgl. Kap. 6.2.1) diskutiert werden muss.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen eindeutig, dass sich im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung ein umfassender Ressourcenzuwachs bei den untersuchten Patienten abzeichnet und bestätigen damit die Befunde von Tröskén und Grawe (2004), die einen Ressourcenzuwachs im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie nachweisen konnten. **Als wichtiger Erfolg der Behandlung kann insbesondere gewertet werden, dass sich die psychosomatischen Patienten in ihrer Ressourcenrealisierung der nicht-klinischen Stichprobe zum Behandlungsende deutlich angenähert haben** und sich durch eine niedrigere Ressourcenrealisierung nur noch in einzelnen Teilaspekten von den Gesunden unterscheiden. Die vorgefundenen Veränderungen sind mit Effektstärken zwischen .35-.69 im mittleren Bereich⁹ einzuordnen, was verdeutlicht, dass **die Wirksamkeit der stationären psychosomatischen Behandlung hinsichtlich der Ressourcenförderung allgemein mit den in der Literatur angegebenen mittleren Effekten bzgl. einer Symptomreduktion vergleichbar ist** (vgl. auch Kap. 2.4).

Die positive Entwicklung der Ressourcenrealisierung ist auch bei Berücksichtigung der individuellen Veränderungen der Patienten zu beobachten. Für

⁹ Die Angaben beziehen sich auf den Ressourcengesamtwert sowie die sechs RES-Skalen, die nach Bonferroni-Korrektur noch im signifikanten Bereich lagen.

ein Drittel aller Patienten kann eine klinische als auch statistisch relevante Verbesserung (Jacobson & Truax, 1991, oder Kap. 4.3.3) der Ressourcenrealisierung während der psychosomatischen Rehabilitation belegt werden. Dabei gelang es fast 60% der Patienten mit zu Therapiebeginn nur unterdurchschnittlich ausgestatteten Ressourcen, zum Ende der Behandlung mindestens ein mittleres Ausmaß an Ressourcen zu realisieren. Dies entspricht einem deutlich höheren Anteil an erfolgreichen Patienten sowohl im Vergleich zu den in der vorliegenden Untersuchung niedriger vorgefundenen klinisch relevanten Veränderungen der psychischen Belastung (vgl. Kap. 5.4; 6.2.4) als auch allgemein im Vergleich zu aus der Literatur bekannten Befunden zur Veränderung von defizitorientierten Parametern, die sich bezogen auf die statistische und klinische Bedeutsamkeit zwischen 16% und 23% bewegen (vgl. z.B. Davis-Osterkamp et al., 1996; Schauenburg & Strack, 1999; Geiser et al., 2001). Vor dem Hintergrund, dass von einem hohen Anteil an fremd motivierten (ca. 80%, s.a. Jahresbericht salus klinik Lindow, 2003) bzw. sog. Kur-Patienten (s.a. Kap. 6.2.1) in der psychosomatischen Rehabilitationsabteilung der untersuchten Klinik mit fraglicher Behandlungsmotivation auszugehen ist, sind die stattgefundenen Veränderungen als bemerkenswert hoch einzustufen.

Die dargestellten Ergebnisse können dahingehend zusammengefasst werden, dass **auch eine symptomorientierte verhaltenstherapeutische Rehabilitationsbehandlung den Auf- und Ausbau von Ressourcen fördert, auch wenn die psychosomatische Behandlung keine explizite Ressourcenaktivierung bzw. -förderung beinhaltet.** Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass ein Ressourcenzuwachs auch durch eine „indirekte“ Ressourcenaktivierung z.B. durch den Erhalt sozialer Unterstützung während des Klinikaufenthaltes aber auch durch Einsatz verschiedener als unspezifisch wirkender ressourcenorientierter Interventionsstrategien (vgl. Behandlungsmanuale salus klinik z.B. „Manual zur Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen“, Lindenmeyer, 1997) sowie eine individuelle Therapieplangestaltung (vgl. Therapiekonzept der salus klinik Lindow) stattgefunden hat. Der vorliegende Befund hebt die Bedeutung der Ressourcenaktivierung als allgemeinen Wirkfaktor für Psychotherapie hervor. Ob die subjektiv wahrgenommene Ressourcenrealisierung bzw. deren erfolgreiche Veränderung selbst als Wirkfaktor betrachtet werden kann, wird in den folgenden Fragestellungen zur Bedeutung der Ressourcenrealisierung für kurz- und längerfristigen Therapieerfolg diskutiert (vgl. Kap. 6.2.4-6.2.6). **Für den klinischen Alltag** bedeutet dieses Ergebnis, dass es in der psychotherapeutischen Behandlung in jedem Falle lohnt, neben der Symptomreduktion dem Auf- und Ausbau von Ressourcen mehr Beachtung zu schenken.

6.2.3 Ressourcenrealisierung und Patientenmerkmale

Zur Optimierung einer gezielten Ressourcenförderung der Psychosomatikpatienten gleich zu Beginn der psychosomatischen Behandlung, um den negativen Trend eines weiteren Ressourcenverlustes aufzuhalten, ist das Wissen darüber hilfreich, inwieweit Patientenmerkmale und die Ressourcenrealisierung sich beeinflussen. Dabei steht neben der Diskussion des Zusammenhangs zu den gängigen soziodemographischen bzw. Personmerkmalen auch die Frage des Einflusses von krankheitsbezogenen Variablen sowie der subjektiv erlebten psychischen Belastung der Patienten im Vordergrund.

Der Einfluss von Personmerkmalen auf die Ressourcenrealisierung ist insgesamt zu vernachlässigen, was im Großen und Ganzen Ergebnisse der differentiellen Therapieforschung bestätigen, die Personmerkmalen insgesamt eine nur untergeordnete Rolle für den Psychotherapieprozess zuschreiben (vgl. Kap. 2.2). **Für die Ressourcenrealisierung von Patienten ist lediglich das Vorliegen einer Partnerschaft von Bedeutung**, was Heinz (2003) auch schon für Gesunde zeigen konnte: Patienten, die in einer Partnerschaft leben, verfügen über eine höhere Ressourcenrealisierung, was bedeutet, dass entweder Patienten mit vielen Ressourcen eher eine Partnerschaft „aufrecht halten“ können oder umgekehrt eine Partnerschaft zu einer positiven Wahrnehmung eigener Ressourcen verhilft. Damit wird die Bedeutung des rein formalen Vorhandenseins einer Partnerschaft als objektive Ressource im Vergleich zu subjektiven Aspekten der wahrgenommenen Qualität der Partnerschaft bzw. erlebter sozialer Unterstützung unterstrichen. **Dass arbeitslose Patienten nicht weniger Ressourcen wahrnehmen**, steht im Widerspruch zu angenommenen Ressourceneinbußen bei Arbeitsplatzverlust (vgl. Schuler, 1995). Auch Grawe (2004) weist auf den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einer hohen Inkongruenz hin, was von Giger (2002) insofern bestätigt wurde, als dort eine höhere Ressourceneinschätzung durch Angehörige bei Erwerbstätigen als bei Nicht-Erwerbstätigen in den meisten untersuchten Lebensbereichen nachgewiesen werden konnte. Der vorliegende Befund korrespondiert hingegen mit Befunden der Studie an alkoholabhängigen ostdeutschen Patienten von Ruf (2003) als auch der parallel durchgeführten Untersuchung von Deppe-Schmitz (2008). Dass arbeitslose Patienten keine geringere Ressourcenwahrnehmung angeben, könnte angesichts der gerade in Ostdeutschland und insbesondere im Land Brandenburg, aus dem der überwiegende Anteil an Patienten stammt, weit verbreiteten Langzeitarbeitslosigkeit erklärbar sein, die dadurch keinen so deutlichen sozialen Makel darzustellen scheint.

Hinsichtlich der Bedeutung von **Erkrankungsmerkmalen** für die Ressourcenrealisierung ist angesichts des Befundes von Oesch (2002) zu unterschiedlichen Ausprägungen fremd eingeschätzter Ressourcen in Abhängigkeit der Diagnose als auch vor dem Hintergrund des in der vorliegenden Arbeit vorgenommenen Vergleichs der psychosomatischen Patientengruppe mit einer Suchtpatientengruppe (vgl. Kap. 6.2.8) die Untersuchung des Einflusses von Diagnosen von besonderem Interesse. Für die vorliegende Patientengruppe zeigt sich deutlich, dass Patienten mit Anpassungs- oder somatoformen Störungen bzw. ohne Persönlichkeitsstörung mehr Ressourcen realisieren als Patienten mit affektiven oder Angststörungen bzw. mit Persönlichkeitsstörung. Darüber hinaus stellt sich die Berücksichtigung der unterschiedlichen psychischen Diagnosen im Vergleich zum Therapiesetting als informativer für die Ressourcenrealisierung heraus: **Patienten unterscheiden sich in Abhängigkeit ihres Störungsbildes deutlicher als in Abhängigkeit des therapeutischen Settings in ihrer Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn** (siehe auch Kap. 6.2.1). Auch die Ergebnisse des Vergleichs der Psychosomatikpatienten mit den Suchtpatienten erhärtet die Relevanz unterschiedlicher Diagnosen für die Ressourcenrealisierung (vgl. ausführlich Kapitel 6.2.7). Hingegen werden Ressourcen überraschenderweise weitestgehend unabhängig vom Faktor der Komorbidität eingeschätzt, was sich mit einem Einzelergebnis zu fremd eingeschätzten Ressourcen deckt (vgl. Oesch, 2002, siehe auch Kap. 2.3) und Hinweise darauf gibt, dass psychosomatische Patienten mit Mehrfachdiagnosen entgegen der Erwartung nicht unbedingt stärker psychisch beeinträchtigt sind, wenn nicht eine Persönlichkeitsstörung vorliegt!

Für Erkrankungsmerkmale, die Aussagen über den Schweregrad der Erkrankung machen, konnte der erwartete negative Zusammenhang mit der Ressourcenrealisierung -wenn nur tendenziell nachgewiesen werden: Für die als eher objektiv geltenden Erkrankungsmerkmale zeigen sich mit Ausnahme des Vorliegens von Suizidversuchen viel geringere Effekte im Gegensatz zu subjektiv wahrgenommenen psychischen Belastungsmerkmalen, was im Widerspruch zu schlechteren Prognosen bzgl. einer symptomatischen Verbesserung bei chronifizierten Störungen zu stehen scheint und auch dem Einzelbefund von Heinz (2003) widerspricht, die für Probanden mit einem niedrig ausgeprägten sog. „soziodemographischen Ressourcen-/Gesundheitsmaß, in welches überwiegend objektive Erkrankungsmerkmale einfließen, eine niedrigere Ressourcenrealisierung vorfand (vgl. Kap. 2.3.1.2). Möglicherweise spielt die Verwendung unterschiedlicher Datenquellen (Vergleich subjektiver vs. objektiver Daten) hier auch eine Rolle.

Dass die Wahrnehmung von Ressourcen und psychischer Belastung nicht voneinander trennbar ist, sondern sich gegenseitig beeinflusst, belegen die Untersuchungsergebnisse eindeutig und bestätigen damit auch Befunde von Trösken (2003). **Dass Patienten, die mehr Ressourcen realisieren, gleichzeitig subjektiv weniger psychische Belastung empfinden** bzw. Patienten mit nur wenigen subjektiv verfügbaren Ressourcen auch eine stärkere psychische Belastung wahrnehmen, lässt sich zum einen vor dem konsistenztheoretischen Hintergrund angesichts der postulierten vermittelnden Rolle der Inkongruenz einordnen (Grawe, 2004), als auch angesichts eines ausgeprägten eingeeengten negativ geprägten Kognitionsstils (vgl. „kognitive Triade der Depression“ bei Beck, Rush, Shaw & Emery, 1986) bei psychisch stark belasteten Patienten gut erklären, welche die Wahrnehmung positiver Lebensaspekte -wie in diesem Falle Ressourcen- erschweren. Welchen Stellenwert die Ressourcenrealisierung im Vergleich zur psychischen Belastung für den Therapieerfolg einnimmt, wird in Kapitel 6.2.6 ausgeführt.

Bezüglich ihrer Bedeutung für die Praxis können die Ergebnisse dahingehend zusammengefasst werden, dass eine Identifizierung bestimmter Patientengruppen zur Ableitung spezifischer indikativer Angebote zur Ressourcenförderung anhand von Patientenmerkmalen nur eingeschränkt möglich ist. Als für die Ressourcenrealisierung relevante Personvariable sollte einzig der objektiven Ressource **Partnerschaft** in der psychosomatischen Behandlung mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, was für spezifische Angebote von beispielsweise sozialen Kompetenztrainings für partnerlose Patienten, aber auch -wenn vorhanden- für die gezielte Nutzung der Ressource Partnerschaft durch die Einbeziehung von Angehörigen im Rahmen von Paargesprächen, Partnerseminaren oder Angehörigeninformationen spricht. Hinsichtlich der Bedeutung von Erkrankungsmerkmalen für die Ressourcenrealisierung erweist sich eine differenzierte Betrachtungsweise von Ressourcen in Abhängigkeit unterschiedlicher **Diagnosen** und somit auch störungsspezifische indikative Gruppenangebote als sinnvoll. Die Schwere der Erkrankung eignet sich hingegen nicht, um Aussagen über das Ausmaß an subjektiv wahrgenommenen Ressourcen abzuleiten. Vielmehr verleitet der vorliegende Befund zu der Schlussfolgerung, dass Patienten gleich gute Startchancen bzgl. einer Ressourcenförderung in der Therapie haben, egal ob bzw. wie lange und schwer sie vorher krank gewesen sind. Psychotherapeuten sollten vielmehr die standardmäßige Erhebung **psychischer Belastungsmerkmale** aufgrund des engen negativen Zusammenhangs zur Ressourcenrealisierung als wichtige Information nutzen, diesen Patienten eine gezielte Ressourcenförderung zukommen zu lassen und den Behandlungsfokus nicht nur auf die zunächst im Vordergrund stehende psychische Symptomatik lenken, gerade auch im Hinblick darauf, dass Willutzki (2000b) zeigen konnte, dass ein kombiniertes

psychotherapeutisches Verfahren, welches neben störungsspezifischen Elementen auch explizit ressourcenorientiert vorgeht, einem rein symptomorientierten Ansatz überlegen ist.

6.2.4 Ressourcenrealisierung und Behandlungsmerkmale

Die Berücksichtigung ressourcenorientierter Parameter im Rahmen einer systematischen Untersuchung von Behandlungsmerkmalen wurde in der Process-Outcome-Forschung (vgl. Orlinsky et al., 2004) bislang vernachlässigt. In der vorliegenden Studie wurden einzelne Merkmale ausgewählt, um diese in Relation zur Ressourcenrealisierung zu setzen und erste Hinweise zu erhalten, wie eine Beeinflussung dieser Variablen durch die Verfügbarkeit subjektiv wahrgenommener Ressourcen zu Beginn einer stationären psychosomatischen Behandlung stattfindet. Es handelt sich dabei im weiteren Sinne um kurzfristige Therapieerfolgsmerkmale, so dass an dieser Stelle auch diskutiert wird, welche Rolle der Ressourcenrealisierung im Hinblick auf den unmittelbaren Therapieerfolg zukommt.

Betrachtet man zunächst die kostenpolitisch relevanten Erfolgsmerkmale Arbeitsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit für sich, kann geschlussfolgert werden, dass es sich um eine effektive psychosomatische Rehabilitationsbehandlung handelt, da sich die untersuchten psychosomatischen Patienten der vorliegenden Untersuchung hinsichtlich ihrer Arbeitsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsfälle zu Behandlungsende nicht grundlegend von anderen psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden, auch wenn die sog. Wiederherstellungsquote von arbeitsunfähig aufgenommenen Patienten, die arbeitsfähig entlassen wurden, mit 57,5% deutlich geringer ist, als die allgemein in der Literatur berichteten zwischen 65-83% liegenden Quoten (z.B. Bürger, 1997; vgl. auch Kap. 2.4). Inwieweit es sich hier um eine Besonderheit der vorliegenden ostdeutschen Stichprobe handelt, muss in weiteren Untersuchungen geprüft werden!

Der Einfluss der Ressourcenrealisierung für Behandlungsmerkmale ist insgesamt weniger stark als angenommen: Die Ressourcenrealisierung zu Behandlungsbeginn hat - wie auch schon für die Erkrankungsmerkmale in Kapitel 6.2.3 ausführlich dargestellt - für die objektiv erfassbaren Behandlungsmerkmale keine wesentliche Bedeutung: **Patienten mit einer niedrigen Ressourcenrealisierung werden weder eher arbeitsunfähig noch eher vorzeitig entlassen. Auch werden sie nicht unbedingt länger behandelt.** Zu bedenken ist, dass die erhobenen Behandlungsmerkmale in der psychosomatischen Rehabilitation stark geprägt sind von vorgegebenen Richtlinien der Leistungsträger, was auch eine Erklärung für die fehlenden Zusammenhänge darstellen kann. Hingegen liegt

interessanterweise ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Ressourcenrealisierung und dem Erwerbsfähigkeitsstatus zu Therapieende vor: **Patienten, die erwerbsunfähig entlassen wurden, verfügten zu Therapiebeginn über eine deutlich niedrigere Ressourcenrealisierung als zum Entlassungszeitpunkt erwerbsfähige Patienten**¹⁰. Dass hier ein deutlicher Zusammenhang vorliegt, könnte darüber erklärbar sein, dass vermutlich als ausschlaggebend für die Beurteilung von Erwerbsunfähigkeit im Vergleich zur Arbeitsunfähigkeit (s.a. Kap. 6.2.5) im vorliegenden Fall fast ausschließlich die Schwere der psychischen Symptomatik des Patienten herangezogen wurde, welche wiederum mit einer niedrigeren Ressourcenrealisierung einhergehen sollte (vgl. Kap. 6.2.2).

Wird der Erfolg der Behandlung gemessen anhand des strengen Kriteriums der klinischen und statistischen Bedeutsamkeit bzgl. der Veränderung psychischer Belastung, zeigt sich allgemein ein Therapieerfolg in Bezug auf eine Depressivitätsabnahme für immerhin ca. 15% bzw. für 23% der psychosomatischen Patienten bzgl. einer Reduktion an psychopathologischer Symptomatik, was Befunden anderer Psychotherapiestudien entspricht, die das Kriterium der statistisch-klinischen Bedeutsamkeit berücksichtigen (vgl. z.B: Davis-Osterkamp et al., 1996; Schauenburg et al., 1999; Geiser et al., 2001). In welchem Ausmaß Patienten Ressourcen zu Therapiebeginn wahrnehmen, scheint auch das kurzfristige Therapieergebnis zum Behandlungsende bzgl. der Veränderung psychischer Belastung nur bedingt zu beeinflussen, wobei für die Veränderung der Depressivität analog zum Depressivitätsstatus zu Therapiebeginn (vgl. Kap. 5.3) noch stärkere Zusammenhänge gefunden werden konnten. **Diese in ihrer psychischen Symptomatik erfolgreich verbesserten Patienten, unterschieden sich nur tendenziell in ausgewählten Ressourcenbereichen zu Therapiebeginn von nicht erfolgreichen Patienten**, was bedeutet, dass wenn überhaupt dann nur vereinzelt Ressourcenaspekten eine Bedeutung für die kurzfristigen Erfolgskriterien zukommt (vgl. Kap. 6.2.8).

Ingesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass dem Ressourcenstatus zu Therapiebeginn für die Rehabilitationsbehandlung wesentlichen, teilweise auch kostenrelevanten unmittelbaren Erfolgskriterien eine weniger bedeutende Rolle zukommt, als basierend auf der Konsistenztheorie von Grawe (1998) als auch der Theorie der Ressourcenkonservierung (Hobfoll, 1989) angenommen, nach der ressourcenreiche Patienten eher von Therapie profitieren sollten. Eine Erklärung für die eher geringe Relevanz der Ressourcenrealisierung gerade auch für die psychische

¹⁰Einschränkend muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass es sich um eine sehr kleine Untergruppe von nur 10 Patienten handelt, so dass das Ergebnis an einer größeren Stichprobe verifiziert werden müsste.

Belastung könnte auch an der Tatsache festgemacht werden, dass die Ressourcenrealisierung als Maß für eine gelungene Bedürfnisbefriedigung eher mit positiv formulierten Kriterien, insbesondere mit solchen, die auch Aussagen über eine gelungene Zielerreichung von Patienten machen, zusammenhängen sollte, was die Untersuchung von Trösken und Grawe (2004) auch bestätigte.

Für die psychotherapeutische Praxis lässt sich schlussfolgern, dass eine niedrige Ressourcenausprägung zu Therapiebeginn nicht unbedingt mit einem schlechteren Therapieergebnis einhergeht bzw. Patienten gleich gute Startchancen bzgl. einer erfolgreichen Therapiebeendigung haben, weitestgehend unabhängig vom Ressourcenstatus zu Therapiebeginn. Inwieweit sich die Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn zur Vorhersage des längerfristigen Therapieerfolgs eignet bzw. wie sich ein tatsächlich während der Therapie stattgefundener Ressourcenzuwachs bzw. der Ressourcenstatus zu Therapieende auf den längerfristigen Therapieerfolg auswirkt und welche Implikationen sich daraus für die psychotherapeutische Praxis ergeben, wird in Kapitel 6.2.5 als auch in Kapitel 6.2.6 im Rahmen der Ausführungen zur Rolle der Ressourcenrealisierung im Psychotherapieprozess behandelt.

6.2.5 Ressourcenrealisierung und längerfristiger Therapieerfolg

Gerade im Vergleich zum unmittelbaren Therapieerfolg, aber auch im Hinblick darauf, dass die Ergebnisse der vorliegenden Studie die Effektivität psychosomatischer Rehabilitation sowohl für defizitorientierte- als auch ressourcenorientierte Kriterien zu Therapieende bestätigen (siehe Kap. 6.2.4), ist von Interesse, welche Rolle der Ressourcenrealisierung für den Erfolg von Psychotherapie ein Jahr später zukommt. Um differenzierte Aussagen über Ressourcen im Therapieprozess zu ermöglichen, waren die Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und –ende als auch deren Veränderung im Behandlungsverlauf Gegenstand der Untersuchung. Da zum Katamnesezeitpunkt keine störungsbezogenen Erfolgskriterien vorlagen, wurde neben dem Kriterium der Arbeitsunfähigkeitsdauer nach Behandlungsende, welches sich im Sinne eines Auftrags beruflicher Rehabilitation auf die Leistungsfähigkeit des Patienten bezieht und eine objektivere Einschätzung des Therapieerfolgs ermöglichen sollte, eine rückblickende subjektive Bewertung der eigenen Therapie als „weiches“ Erfolgskriterium sowie die aktuelle allgemeine Lebenszufriedenheit ausgewählt, welche wiederum selbst als Ressource betrachtet werden kann. Die Ergebnisse für die in der Katamnese erhobenen Erfolgskriterien lassen sich aufgrund fehlender Studien bzw. mangelnder Vergleichbarkeit vorhandener Studien mit den hier erhobenen Variablen in die Literatur nur schwer einordnen. Es wird an

dieser Stelle auf weiteren Forschungsbedarf verwiesen, um die Problematik der Operationalisierung von Therapieerfolg (vgl. auch Kap. 2.2) und damit verbunden auch die Frage zu klären, inwieweit die ausgewählten teilweise wenig erforschten Kriterien sich für die Ableitung von Aussagen über psychische Gesundheit eignen. Festzuhalten ist jedoch, dass immerhin über 60% der zu Therapieende arbeitsfähigen Patienten auch zum Katamnesezeitpunkt ihre Arbeitsfähigkeit durchgängig erhalten konnten, und sich im Vergleich zum Therapiebeginn eine bedeutsame Abnahme an Arbeitsunfähigkeitsfällen zeigt, was trotz einer beobachteten Rückläufigkeit der Arbeitsfähigkeit im Katamnesezeitraum insgesamt als Erfolg gewertet werden kann.

Die Ressourcenrealisierung hat analog zu den Ergebnissen der vorangegangenen Kapitels auch für die Arbeitsunfähigkeitsdauer ein Jahr nach Abschluss einer stationären psychosomatischen Behandlung nur wenig Bedeutung. Das bedeutet, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der vorliegenden Untersuchung durchgängig auch bei Heranziehung unterschiedlicher Messzeitpunkte unabhängig von der Ressourcenrealisierung zu sein scheint (vgl. auch Kapitel 6.2.3; 6.2.5), was nochmals unterstreicht, dass der Ressourcenrealisierung für sog. objektive Kriterien keine wesentliche Bedeutung zukommt (siehe Kap. 5.3; 5.4). Eine Erklärung für den fehlenden Zusammenhang zwischen Ressourcen und Arbeitsfähigkeit könnte darin gesehen werden, dass Arbeitsunfähigkeit auf „Krankheit“ zurückgeht und damit vermutlich eher mit defizitorientierten Variablen korrespondiert, was auch die Ergebnisse von Weiß (1999) bestätigen, dass subjektiv wahrgenommene Ressourcen nur eine untergeordnete Rolle für die körperliche Gesundheit zu spielen scheinen.

Hingegen scheint die Ressourcenrealisierung den subjektiv wahrgenommenen Therapieerfolg ein Jahr später erwartungsgemäß nachhaltig positiv zu beeinflussen: Patienten, die bereits während der Behandlung mehr Ressourcen realisiert haben, bewerten ihre Therapie rückblickend ein Jahr später besser und sind ein Jahr später zufriedener, was mit der Annahme von Grawe (1998, 2004) korrespondiert, dass Patienten mit einer hohen Ressourcenrealisierung eher in der Lage sein sollten, eigene Bedürfnisse zu befriedigen und somit weniger Inkongruenz erleben und demnach auch ein Jahr nach Behandlungsende wie im vorliegenden Fall insbesondere mit ihrer Lebenssituation zufriedener sind.

Bemerkenswert ist, wie bereits die überwiegend schwachen Zusammenhänge des Ressourceneingangsstatus für den kurzfristigen Behandlungserfolg andeuteten, auch für den längerfristigen Therapieerfolg ein Jahr später weniger relevant, mit welchen Ressourcen Patienten in die Therapie gekommen sind. **Vielmehr ist ausschlaggebend, wie Patienten**

ihre Ressourcen zum Ende der Therapie wahrnehmen. Nur für die Einschätzung einer höheren Zufriedenheit ein Jahr später spielt zudem auch eine aber vergleichsweise geringere Rolle, inwieweit Patienten sich während der Rehabilitationsbehandlung in einzelnen Ressourcenaspekten verändert haben (vgl. Kap. 6.2.8 zur Bedeutung einzelner Ressourcenbereiche für Therapieerfolg). Dass dem wahrgenommenen Ressourcenausmaß zu Therapiebeginn keine wesentliche Bedeutung für sowohl den unmittelbaren als auch längerfristigen Therapieerfolg zukommt bzw. sich der Ressourcenstatus zu Therapieende als besonders relevant erweist, steht in Einklang mit Ergebnissen zur Bedeutung defizitorientierter Parameter für Therapieerfolg, welche dem Befindlichkeitsstatus zu Therapieende eine wesentlich höhere Bedeutung für Therapieerfolg zusprechen als dem Eingangsstatus bzw. der wahrgenommenen Veränderung von symptomatischen Maßen (vgl. Michalak et al., 2003). Gleichzeitig kann die durchwegs fehlende Vorhersagekraft der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn auch für den längerfristigen Therapieerfolg als ein weiterer Beleg gesehen werden, dass die Verfügbarkeit von positiven Möglichkeiten zu Therapiebeginn nicht unbedingt zu einem besseren Therapieergebnis im Rahmen psychosomatischer Rehabilitation führt. Der hohe Stellenwert der Ressourcenrealisierung zum Ende der Therapie für den späteren Therapieerfolg spricht für eine mögliche Pufferfunktion von Ressourcen gegenüber Rückfällen in symptomatisches Verhalten nach Behandlungsabschluss. Denkbar wäre, dass der erfolgreiche Einsatz von Ressourcen nach Behandlungsende im Alltag positive Verstärkungsprozesse in Gang setzt und einen weiteren Ressourcenzuwachs begünstigen könnte. Dass dem nachweislich stattgefundenen Ressourcenzuwachs während der Rehabilitationsbehandlung (vgl. Kap. 5.2) wiederum weniger Relevanz für den längerfristigen Erfolg zukommt, könnte aber auch bedeuten, dass der Ressourcenzuwachs während der Behandlung möglicherweise nicht stabil genug war, um den alltäglichen Anforderungen nach Therapieende gewachsen zu sein und Patienten mit einem erfolgreichen Ressourcenzuwachs bis zum Katamnesezeitpunkt sogar wieder an Ressourcen verloren haben könnten. Hier müssten katamnestische Untersuchungen durchgeführt werden, die die weitere Entwicklung der Ressourcenrealisierung nach Behandlungsende im Blickpunkt haben und damit auch eine Erhebung der Ressourcenrealisierung im Rahmen der Katamnese mit einschließen.

Zusammenfassen lässt sich für den klinischen Alltag, dass es zur Erzielung eines nachhaltigen Therapieerfolgs wesentlich ist, dass die psychosomatischen Patienten mit möglichst guter Ressourcenausstattung die Behandlung verlassen! Dies spricht für eine gezielte Förderung der Ressourcenwahrnehmung während der Rehabilitationsbehandlung, und zwar gerade für ressourcenarme Patienten zu Therapiebeginn, damit diese ein „gesundes Maß“ an Ressourcen zu Therapieende erreichen

können. Eine verstärkte Fokussierung auf Ressourcen z.B. durch den Einsatz konkreter Behandlungsmodule in der psychosomatischen Rehabilitation zur expliziten Ressourcenförderung, als auch eine Schulung von Psychotherapeuten hinsichtlich einer expliziten Ressourcenaktivierung während der Therapie (z.B. Wüsten, 2006), erscheint somit wiederholt gerechtfertigt. **Darüber hinaus sollte auch Augenmerk auf eine weitere Stärkung bzw. Stabilisierung von Ressourcen nach Behandlungsabschluss gelegt werden**, was für die Schaffung eines attraktiven, sich an die stationäre Rehabilitation lückenlos anschließenden Nachsorgeangebots für Psychosomatikpatienten spricht.

6.2.6 Ressourcenrealisierung, psychische Belastung und längerfristiger Therapieerfolg

Die bisherigen Einzel-Ergebnisse legen die Beantwortung der Frage nahe, welchen Stellenwert die Ressourcenrealisierung im Vergleich zu weiteren Merkmalen im psychotherapeutischen Prozess und für Therapieerfolg einnimmt und inwieweit diese sich auch im Sinne eines Wirkfaktors im psychotherapeutischen Prozess durchsetzen kann. Dabei erschien die direkte Gegenüberstellung der Ressourcenrealisierung und der psychischen Belastung im Hinblick auf deren Bedeutung für Therapieerfolg weiterführend, gerade vor dem Hintergrund fehlender empirisch abgesicherter Hinweise bzgl. des Zusammenspiels dieser beiden Parameter. Dass Patienten während der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung sowohl ein Ressourcenzuwachs als auch eine Belastungsreduktion gelungen ist, verdeutlicht, dass stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung auf ressourcenorientierte, aber auch defizitäre Parameter Einfluss zu haben scheint (s. Kap. 5.4; 5.3). Gleichzeitig kommt einzelnen Ressourcenaspekten eine Vorhersagekraft insbesondere für längerfristigen Therapieerfolg zu (vgl. Kap. 6.2.5; 6.2.8). Die Wichtigkeit psychischer Belastungsmerkmale für Therapieerfolg bestätigt trotz heterogener Befundlage die Sichtung der Literatur (vgl. ausführlich Kap. 2.2). Eine praktische Relevanz dieser Fragestellung ergibt sich im Hinblick auf die Therapieplanung bzgl. der Beantwortung der Frage, inwieweit der Förderung von Ressourcen innerhalb der Therapie neben einer Belastungsreduktion verstärkt bzw. sogar mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte!

Übereinstimmend zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Fragestellung, wie auch alle bisherigen Einzelergebnisse in anderen Zusammenhängen mehrfach bestätigen (vgl. Kap. 6.2.3, 6.2.4, 6.2.5), **dass die Ressourcenrealisierung sich im Gegensatz zur psychischen Belastung nicht eignet, um Aussagen über den späteren Arbeitsfähigkeitsstatus von Patienten abzuleiten**. Dieser Befund deckt sich mit

Ergebnissen der Studie von Weiß (1995; 1999), der allgemein höhere Korrelate zwischen Stressfaktoren und körperlicher Gesundheit fand. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass fraglich erscheint, ob die Arbeitsfähigkeit zwar als objektives Merkmal, aber aufgrund der Heterogenität der Arbeitsunfähigkeitsgründe, überhaupt valide und zuverlässige Aussagen über psychische Gesundheit zulässt, sowie aufgrund der für den Rehabilitationsbereich hohen Relevanz der Arbeitsfähigkeit im Hinblick auf kostenpolitische Gesichtspunkte, bedarf es dringend weiterer und differenzierterer Forschung zur Entwicklung von Modellen zur Vorhersage von Arbeitsfähigkeit.

Festzuhalten ist, dass der Ressourcenrealisierung neben der psychopathologischen Belastung eine wichtige Bedeutung zur Vorhersage des längerfristigen subjektiven Therapieerfolgs und dabei insbesondere für die Zufriedenheit zukommt. Dabei ist entscheidend der Status zu Therapieende, was mit den bisherigen Ergebnissen zur Bedeutung der Ressourcenrealisierung für Therapieerfolg korrespondiert (vgl. Kap. 5.4, 5.5): Eine niedrige Ausprägung psychopathologischer Belastung und eine hohe Ressourcenverfügbarkeit zu Therapieende begünstigen eine bessere Therapiebewertung als auch eine höhere Zufriedenheit ein Jahr später! Wird der Ressourcenrealisierung jedoch die Depressivität gegenübergestellt, verliert die Ressourcenrealisierung gänzlich an Bedeutung zur Vorhersage des Therapieerfolgs, was die Frage aufwirft, inwieweit es sich hier um zwei unabhängige Dimensionen handelt. Eine Prüfung der Ergebnisse im Hinblick auf mögliche Kausalzusammenhänge erscheint aufgrund bislang ausschließlich korrelativer Ergebnisse (vgl. Tröskén & Grawe, 2003; Grawe, 2004) weiterführend, um vorgefundene Ergebnisse zu erhärten bzw. zu neuen Erkenntnissen zu kommen, welche Rolle der Ressourcenrealisierung evtl. auch als Mediatorvariable im psychotherapeutischen Geschehen zukommt.

Dass sich die Ressourcenrealisierung zur Vorhersage der Erfolgskriterien gegenüber der psychischen Belastung nicht durchsetzen konnte, bzw. die psychische Belastung sich durchweg als Prädiktor zu Therapieende, und mit Ausnahme für die rückblickende Therapiebewertung auch zu Therapiebeginn, für den längerfristigen Therapieerfolg eignet, ist gerade für die subjektiven Erfolgskriterien umso bemerkenswerter, als dass ein engerer Zusammenhang zwischen zwei positiv formulierten Merkmalen zu erwarten wäre. Darüber hinaus sollte die Ressourcenrealisierung als Maß für eine gelungene Bedürfnisbefriedigung, wie in Kapitel 6.2.5 auch tendenziell bestätigt werden konnte, besonders deutlich mit einer höheren allgemeinen Zufriedenheit, welche wiederum mit psychischer Gesundheit korreliert (vgl. Weiß, 1999; Nosper, 1999; Jacob & Bengel, 2002), in Verbindung gebracht werden, gerade auch im Vergleich zur psychischen Belastung, was

Weiß (1999) in seiner Studie bzgl. der Bedeutung von persönlichen Ressourcen für die Zufriedenheit in Abgrenzung zu Belastungsmerkmalen auch für einen Bevölkerungsquerschnitt zeigen konnte. Möglicherweise ist ressourcenorientiertes Denken bei Patienten weniger präsent, was per se daran liegen könnte, dass positive Zustände eher als selbstverständlich erachtet werden (vs. im Vergleich zu den störenden Symptomen bzw. Symptommfreiheit) und dadurch weniger wahrgenommen werden. Interessant ist in diesem Zusammenhang, inwieweit auch eine gezielte Ressourcenförderung, wie sie in der Allgemeinen Psychotherapie von Grawe fest verankert ist, während der Behandlung zu anderen Ergebnissen bzgl. des Therapieerfolgs führen würde. Andererseits könnte die überwiegend aus Ostdeutschland stammende Patientengruppe für den weniger starken Einfluss der Ressourcenrealisierung auf die Lebenszufriedenheit verantwortlich sein, da es Hinweise gibt, dass Ostdeutsche ihre Lebenszufriedenheit eher unabhängig von emotionalem und psychischem Wohlbefinden einschätzen (Schmitt et al., 2001).

Für das Gelingen von Psychotherapie wird neben der Problemaktivierung eine gleichzeitige Ressourcenaktivierung innerhalb der Therapiesitzungen als zentral angesehen (Überblick siehe Grawe, 2004). Sollte nach den vorliegenden Ergebnissen nun den belastungsrelevanten oder den ressourcenorientierten Variablen in der Therapie mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, bzw. worauf sollten Psychotherapeuten während der Behandlung stärker hinarbeiten? Die Ergebnisse unterstreichen die Berücksichtigung beider Art von Merkmalen, da sowohl die wahrgenommene Ressourcenrealisierung als auch psychische Belastung Therapieerfolg begünstigen und somit als Wirkfaktoren für erfolgreiche Therapie betrachtet werden können. Dies rechtfertigt in jedem Fall, auch eine stärkere Fokussierung der Ressourcenrealisierung im Psychotherapieprozess zu erwirken. **Für die therapeutische Praxis bedeutet dies, sowohl eine Ressourcenförderung als auch den Abbau psychischer Belastung in der Behandlung Beachtung zu schenken**, gerade vor dem Hintergrund, dass die Befindlichkeit der Patienten zu Therapieende von entscheidender Bedeutung ist, um zu Behandlungsende eine möglichst hohe Ressourcenverfügbarkeit bei einer gleichzeitig niedrigen Belastungswahrnehmung zu erreichen. Der fehlende Zusammenhang zwischen Ressourcen und Arbeitsfähigkeit bzw. die dominante Bedeutung der psychischen Belastung zu Therapiebeginn für spätere Arbeitsfähigkeit wirft für die klinische Praxis die Frage auf, welche durch Psychotherapie beeinflussbaren Parameter sich günstig auf spätere Arbeitsfähigkeit auswirken und somit innerhalb der Behandlung gefördert werden sollten. Hier ergibt sich wie bereits erwähnt weiterer Forschungsbedarf!

6.2.7 Ressourcenrealisierung von Psychosomatik- und Suchtpatienten

Das vorliegende Kapitel widmet sich dem Vergleich psychosomatischer Patienten mit Suchtpatienten. Die Ergebnisse der Suchtstichprobe (Deppe-Schmitz, 2008) und der Psychosomatikstichprobe werden zusammenfassend analog zu den Ergebniskapiteln der jeweiligen Arbeiten bzgl. Gemeinsamkeiten und Unterschieden diskutiert. Einen besonderen Stellenwert nimmt dabei der empirisch abgesicherte direkte Vergleich der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und -ende sowie die Herausarbeitung von Unterschieden bzgl. eines Ressourcenzuwachses während der Behandlung der beiden Patientengruppen ein (siehe Kap. 5.6 in der vorliegenden Arbeit oder Deppe-Schmitz, 2008). Ermöglicht wird dieser Vergleich durch die weitgehend parallel gestalteten Studien im Rahmen des gemeinsamen Forschungsprojekts, da damit auch vor dem Hintergrund eines vergleichbaren klinischen Settings die Ergebnisse der Einzelstudien miteinander verglichen werden können.

Die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Psychosomatik- und Suchtstichprobe bestätigt zunächst, dass die Ressourcenprofile der beiden untersuchten Stichproben diagnoseunabhängig miteinander vergleichbar sind. Was die Höhe der Ressourcenausstattung der beiden untersuchten Patientengruppen zu Therapiebeginn angeht, lässt sich überraschenderweise feststellen, dass **die Suchtpatienten zu Beginn der stationären Behandlung insgesamt deutlich mehr Ressourcen wahrnehmen als die psychosomatischen Patienten**. Aufgrund fehlender Untersuchungen zu dieser Thematik ist dieses Ergebnis besonders interessant. Bislang liegt nur ein Einzelbefund von Oesch (2002) zur Fremdeinschätzung von Ressourcen aus Therapeutensicht vor, welcher jedoch gegenteilig zur vorliegenden Untersuchung bei Suchtpatienten im Vergleich zu anderen psychischen Störungsbildern die niedrigste Ressourcenverfügbarkeit vorfand. Dass hierfür unterschiedliche Beurteilerperspektiven verantwortlich gemacht werden können, dafür spricht, dass die subjektiv positiveren Bewertungen der eigenen Ressourcen in der Suchtstichprobe möglicherweise auch dadurch zustande kommen, dass Suchtpatienten, wie die klinische Erfahrung bestätigt, dazu neigen, sich in einem positiven Licht darzustellen, Problemauseinandersetzung zu vermeiden und eigene Kompetenzen zu überschätzen. An dieser Stelle ergibt sich weiterer Forschungsbedarf, der insbesondere auch die Fremd- als auch Selbsteinschätzung von Ressourcen beinhalten sollte (vgl. Berner Ressourceninventar, Trösken, 2002). Ein weiterer Erklärungsansatz für die höhere Ressourcenverfügbarkeit der Suchtpatienten kann darüber hinaus an der Indikationsempfehlung für eine Alkoholentwöhnungsbehandlung festgemacht werden, welche eine gewisse

Ressourcenausstattung als Grundvoraussetzung für die Aufnahme einer Alkoholentwöhnungsbehandlung sieht (siehe Deppe-Schmitz, 2008, Kap. 6.2.1), während bei Aufnahme einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung im Vergleich ein bereits erfolgter Ressourcenverlust vermutet werden kann (siehe Kap. 2.4).

Beim Vergleich der zu Behandlungsbeginn erhobenen Erkrankungsmerkmale fällt weiterhin auf, dass Suchtpatienten im Vergleich zu den Psychosomatikpatienten zum einen weniger häufig durch komorbide Störungen bzw. weniger Persönlichkeitsstörungen gekennzeichnet sind, als auch eine deutlich niedrigere Depressivität als auch psychopathologische Symptombelastung angeben (siehe Kap. 5.3 und Kap. 4.4.1), was aufgrund des hohen Anteils an männlichen Patienten in der Suchtstichprobe (siehe Kap. 5.6), für die bedeutend niedrigere Prävalenzraten für Depressive Erkrankungen angegeben werden (vgl. Überblick Clarkin & Levy, 2004), eine Erklärung für den Unterschied hinsichtlich des Belastungsausmaßes der beiden Patientengruppen darstellen könnte. **Die im Vergleich zu den Psychosomatikpatienten daraus resultierende niedrigere psychische Beeinträchtigung der Suchtpatienten** kann vor dem Hintergrund des engen negativen Zusammenhangs zwischen psychischen Belastungsmerkmalen und der subjektiven Ressourcenwahrnehmung, der sich sowohl für die Sucht- als auch Psychosomatikstichprobe (siehe Kap. 5.3) zeigte, als zusätzliche Erklärung für die höhere Ressourcenverfügbarkeit der Suchtpatienten fungieren.

Werden die psychosomatischen Patienten und die Suchtpatienten mit der ambulanten und einer nicht-klinischen Stichprobe verglichen, zeigt sich analog zur obigen Darstellung erwartungsgemäß, dass nur Gesunde mehr Ressourcen realisieren als Suchtpatienten. Darüber hinaus zeichnen sich die Suchtpatienten auch durch eine höhere Ressourcenverfügbarkeit als ambulante Patienten aus, während sich die psychosomatischen Patienten nicht wesentlich von den ambulanten Patienten unterscheiden. Die vorgefundenen Unterschiede der Suchtstichprobe zur ambulanten Stichprobe sind jedoch nur als klein einzuordnen. Die Effekte für die Unterschiede zwischen der Sucht- und Psychosomatikstichprobe mit überwiegend mittleren Effekten fallen im Vergleich deutlich höher aus, was analog zu den bereits dargestellten Einzelergebnissen der Sucht- bzw. Psychosomatikstichprobe (siehe z.B. Kap. 6.2.1 oder 6.2.2 der vorliegenden Arbeit oder Deppe-Schmitz, 2008) **die hohe Relevanz der Berücksichtigung unterschiedlicher Diagnosen für die Ressourcenrealisierung im Vergleich zum Therapiesetting unterstreicht.**

Der Vergleich der beiden Patientengruppen hinsichtlich ihres Ressourcenzuwachses im Rahmen der stationären Behandlung beinhaltet neben der Beurteilung statistischer und klinisch relevanter Veränderungen auch die Einordnung der Ressourcenrealisierung zu Therapieende im Hinblick auf die nicht-klinische Stichprobe. **Die Ergebnisse beider Untersuchungen belegen eindeutig, dass beide Patientengruppen von der stationären Psychotherapie auch in Bezug auf ihren Ressourcenzuwachs profitieren.** Auch wenn die vorgefundenen individuellen Verbesserungen der Ressourcenrealisierung, beurteilt hinsichtlich ihrer statistischen und klinischen Bedeutsamkeit für beide Patientengruppen, im Großen und Ganzen vergleichbar sind, ist **der durchschnittliche Ressourcenzuwachs für die Suchtpatienten im Vergleich zu den Psychosomatikpatienten allgemein etwas stärker ausgeprägt**, messbar auch über für die Suchtstichprobe größeren Effekte, die teilweise im mittleren bzw. sogar oberen Bereich einzuordnen sind, während für die Psychosomatikpatienten nur kleine bis mittlere Effekte gefunden werden konnten. Dieser stärkere Ressourcenzuwachs der Suchtpatienten spiegelt sich folglich auch durch eine mindestens genauso hohe Ressourcenrealisierung zu Therapieende wie für die nicht-klinische Stichprobe wider. Die Psychosomatikpatienten hingegen zeigen auch zu Therapieende noch deutliche Defizite in der Hälfte aller Ressourcenbereiche auf. Dass Suchtpatienten sich nun in ihrer Ressourcenrealisierung in einzelnen Bereichen stärker verbessern als Psychosomatikpatienten, könnte an der Tatsache der höheren Ressourcenverfügbarkeit bei gleichzeitig niedrigerer psychischer Belastungswahrnehmung zu Therapiebeginn liegen, und im Sinne der Hobfoll'schen positiven Ressourcengewinnspiralen interpretiert werden, dass ein weiterer Ressourcenzuwachs durch die Wahrnehmung von mehr positiven Möglichkeiten begünstigt werden sollte (siehe Kap. 2.1.2), was auch der gerade für die Suchtpatienten vorgefundene positive Zusammenhang der zu Therapiebeginn wahrgenommenen Ressourcenrealisierung und Therapieerfolg bestätigt (s.u.). Nicht zu vernachlässigen ist, dass die Suchtpatienten aufgrund der durchschnittlich deutlich längeren Verweildauer in der Klinik von drei Monaten im Vergleich zu 6-Wochen für Psychosomatikpatienten, per se mehr Zeit haben, Ressourcen auf- und auszubauen. Dieser Zeitfaktor könnte auch für den deutlich geringeren Ressourcenzuwachs der Psychosomatikpatienten im Vergleich zu den Suchtpatienten für den als relativ stabil zu betrachtenden Ressourcenbereich Realisierung eines *positiven Selbstkonzepts* verantwortlich sein (siehe 6.2.8). Eklatante Unterschiede bzgl. des Ausmaßes an Ressourcenzuwachs ergeben sich bei einem vergleichbar hohen Ausgangsniveau für beide Patientengruppen auch für den Ressourcenaspekt *Sinnfindung*. Die deutlichere Verbesserung der Suchtpatienten spiegelt möglicherweise die höhere Relevanz einer Alkoholentwöhnungsbehandlung als entscheidender Lebenschnitt mit einschneidenden Veränderungen für das weitere Leben der Suchtpatienten wider, welcher

eine Neuordnung von Lebenszielen erfordert. Die Psychosomatikpatienten erreichen einen stärkeren Ressourcenzuwachs als Suchtpatienten nur in dem Ressourcenbereich Realisierung von *Unterstützung im Alltag*, wobei dieser Befund insofern nicht über zu bewerten ist, da die Suchtpatienten bereits zu Therapiebeginn über ein genauso hohes Niveau an wahrgenommener Unterstützung wie die Gesunden verfügt haben, was einen weiteren Ressourcenzuwachs in diesem Bereich unwahrscheinlich macht. **Aus den Ergebnissen zum Vergleich des Ressourcenzuwachses lässt sich schlussfolgern, dass v.a. in der Therapie der untersuchten Psychosomatikpatienten die Ressourcenförderung noch zu kurz kommt, als dass eine Annäherung an die Ressourcenausstattung psychisch Gesunder erreicht werden könnte.**

Der Einfluss von Patientenmerkmalen auf die Ressourcenrealisierung ist im Großen und Ganzen für die beiden untersuchten Patientengruppen vergleichbar insofern, dass nur die Partnerschaft, Diagnosemerkmale sowie Erkrankungsmerkmale, die Aussagen über subjektiv wahrgenommene psychische Beeinträchtigung machen, in Zusammenhang mit der Ressourcenrealisierung stehen. **Suchtpatienten unterscheiden sich in ihrer Ressourcenrealisierung jedoch deutlicher in Abhängigkeit der Anzahl weiterer psychischer Diagnosen.** Es liegen überwiegend mittlere Effekte vor, während dem Faktor der Komorbidität für die Psychosomatikstichprobe eine geringere Bedeutung zukommt und nur kleine Effekte vorgefunden werden konnten. Die hohe Bedeutung der Komorbidität für die Ressourcenrealisierung der Suchtpatienten kann analog zu den Ausführungen von Deppe-Schmitz (2008, siehe Kap. 6.2.2) dahingehend interpretiert werden, dass diese Merkmale einen besonderen zusätzlichen Stressor für Alkoholabhängigkeit darstellen. **Für die klinische Praxis lässt sich daraus ableiten, dass Suchtpatienten mit Komorbidität angesichts der erheblichen Ressourcendefizite als „Risikogruppe“ unter den Alkoholabhängigen zu sehen sind, für die die üblichen Maßnahmen der Alkoholentwöhnungstherapie wahrscheinlich nicht ausreichen. Vielmehr benötigen die betroffenen Suchtpatienten analog zur Therapie von Psychosomatikpatienten zusätzlich zur Alkoholentwöhnungstherapie eine störungsspezifische Therapie für die komorbide Störung sowie eine explizite Ressourcenförderung in der Therapie.**

Die Ergebnisse der Sucht- und der Psychosomatikstichprobe zur Rolle der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn zeigt für die sog. „klassischen“ Behandlungsmerkmale, dass sich die erwarteten Zusammenhänge mit der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn nicht nachweisen lassen. Damit werden die Ergebnisse für die einzelnen Patientenstichproben bestätigt: **Unabhängig von der Diagnose scheinen die Ressourcen, über die Patienten verfügen, wenn sie eine stationäre Therapie beginnen, keinen Einfluss auf Behandlungsdauer und Entlassmodus zu haben** (siehe auch Kap. 6.2.4; Deubner-Böhme, 2008; Deppe-Schmitz, 2008). Neben diesen „klassischen“ Behandlungsmerkmalen wurde im Rahmen von kurzfristigen Therapieerfolgsmaßen die Reduktion an psychischer Belastung untersucht. Vermutet wurde im Rahmen konsistenztheoretischer Überlegungen, dass Patienten, die bereits bei Therapiebeginn über eine gute Ressourcenausstattung verfügen, in ihrer Therapie erfolgreicher sein sollten als Patienten mit wenigen Ressourcen. Hier zeigen sich deutliche Unterschiede für die beiden Patientenstichproben: In allen untersuchten Bereichen realisieren „erfolgreiche“ Suchtpatienten - die bei Therapieende eine statistisch und klinisch bedeutsame Belastungsreduktion aufweisen - deutlich mehr Ressourcen als „nicht-erfolgreiche“ Patienten. Hier können für die Depressivität mittlere bis starke Effekte und für die psychopathologische Belastung immerhin kleine Effekte nachgewiesen werden. In diesem Sinne „erfolgreiche“ und „nicht-erfolgreiche“ Psychosomatikpatienten unterscheiden sich dagegen kaum in ihrer Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn. Nur für *Krisenbewältigung* zeigt sich in Form eines mittleren Effekts bezüglich der Depressivität bzw. kleinen Effekts bezüglich der psychopathologischen Belastung, dass bezüglich ihrer Belastungsreduktion „erfolgreiche“ Psychosomatikpatienten bereits zu Therapiebeginn eine höhere Ressourcenrealisierung aufweisen als „nicht-erfolgreiche“ Psychosomatikpatienten. **Für Suchtpatienten scheint die Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn ein höheres Gewicht für die Reduktion an psychischer Belastung zu haben als für Psychosomatikpatienten.**

Die Ergebnisse zur Rolle der Ressourcenrealisierung für den **längerfristigen Therapieerfolg** lassen sich aufgrund der verschiedenen Therapieerfolgskriterien für die Sucht- und die Psychosomatikstichprobe nur eingeschränkt miteinander vergleichen. Während die längerfristige **Abstinenz**, die im Rahmen der Katamnesebefragung erhoben wird, für eine erfolgreiche Bewältigung der Alkoholabhängigkeit ein hartes Kriterium darstellt, liegen für die Psychosomatikstichprobe zum Katamnesezeitpunkt eher weiche Erfolgskriterien vor, nämlich die subjektive **Bewertung der eigenen Therapie** im Rückblick sowie Angaben zur **Arbeitsfähigkeit** im Katamnesezeitraum. Es liegen für die Psychosomatikstichprobe keine störungsbezogenen Erfolgskriterien vor. Für beide

Stichproben liegt die **Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebenssituation** zum Katamnesezeitpunkt vor, wobei von den Autorinnen explizit nicht der Anspruch erhoben wird, darüber auch eine valide Einschätzung des Therapieerfolgs abzuleiten (siehe Kap. 6.2.5 der vorliegenden Arbeit bzw. Deppe-Schmitz, 2008). Letztendlich können also beide Stichproben nur bezüglich ihrer Zufriedenheit miteinander verglichen werden.

Für beide Patientengruppen kann ein bedeutsamer Einfluss der Ressourcenrealisierung für den längerfristigen Therapieerfolg bestätigt werden. Allerdings scheinen die Ressourcen für Sucht- und Psychosomatikpatienten in unterschiedlichen Stadien des Therapieprozesses wichtig im Hinblick auf den Therapieerfolg zu sein. Während für Psychosomatikpatienten der Ressourcenrealisierung zu Therapieende eine größere Relevanz für den längerfristigen Therapieerfolg beigemessen werden kann, spielt für Suchtpatienten bereits die Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn eine wichtige Rolle. Im Einzelnen zeigte der Stichprobenvergleich: Für die Suchtpatienten bestehen starke Zusammenhänge zwischen der Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und zu Therapieende mit der Zufriedenheit. Je mehr Ressourcen vorhanden sind, desto zufriedener wird später die Lebenssituation eingeschätzt. Für Psychosomatikpatienten wurde deutlich, dass eine hohe Ressourcenrealisierung bei Therapieende sowie tendenziell auch die Veränderung der Ressourcenrealisierung zu einer höheren Zufriedenheit nach der Therapie beiträgt, während die anfängliche Ressourcenrealisierung eine untergeordnete Rolle für die spätere Lebenszufriedenheit zu spielen scheint. Für die alkoholabhängigen Patienten kann festgestellt werden: Der Ressourcenrealisierung kommt eine hohe Bedeutung für die spätere Abstinenz zu, wobei das Ausmaß an Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn etwas wichtiger zu sein scheint als das zu Therapieende. Alkoholabhängige Patienten mit wenigen Ressourcen haben deutlich geringere Chancen auf ein abstinentes Leben nach der Alkoholentwöhnungstherapie, und sie sind entsprechend weniger zufrieden mit ihrer Lebenssituation ein Jahr nach der Therapie. Für Psychosomatikpatienten gilt: Entscheidend für die subjektive Einschätzung des Therapieerfolgs im Rückblick ist der Ressourcenstatus zu Therapieende. Die Arbeitsfähigkeit ein Jahr später als härteres Kriterium scheint hingegen komplett unabhängig vom Ressourcenstatus der Psychosomatikpatienten zu sein.

Für die Praxis bedeutet dies, dass alkoholabhängige Patienten vermutlich besser von der Therapie profitieren, wenn sie grundsätzlich gut mit Ressourcen ausgestattet sind. Zwar findet auch im Rahmen der Alkoholentwöhnungsbehandlung eine Ressourcenförderung statt, allerdings scheint diese für den längerfristigen Therapieerfolg weniger entscheidend zu sein, eventuell weil sich der Ressourcenzuwachs als wenig stabil in der Zeit nach der

Therapie erweist. Dagegen kann die stationäre psychosomatische Therapie als „erster Schritt“ aus der Krankheit gesehen werden: In der Therapie werden Ressourcen aufgebaut, die es dem Patienten ermöglichen, seine psychische Erkrankung zu bewältigen und damit entscheidend zur längerfristigen psychischen Gesundheit beitragen. Für Psychosomatik- und für Suchtpatienten sind ressourcenförderliche Maßnahmen im Rahmen der stationären Psychotherapie sowie im Anschluss an diese ratsam – beispielsweise in Form von ambulanter Psychotherapie oder Selbsthilfegruppen –, um die erzielten Therapieerfolge zu stabilisieren.

Schließlich werden beide Patientenstichproben dahingehend verglichen, ob tatsächlich die Ressourcenrealisierung eine Schlüsselrolle im Therapieprozess einnimmt, wenn auch Merkmale der psychischen Belastung miteinbezogen werden, die in der Literatur bereits als gut erforscht bezüglich ihres Einflusses auf den Therapieerfolg gelten (siehe Überblick in Kap. 2.2). **Für die Zufriedenheit mit der Lebenssituation ein Jahr nach Therapieende zeichnet sich für die Suchtstichprobe die Schlüsselrolle der Ressourcenrealisierung gegenüber Merkmalen psychischer Belastung deutlich ab, während für die Psychosomatikstichprobe der Ressourcenrealisierung gegenüber der psychischen Belastung eine wenn nur gleichwertige Bedeutung zukommt.** Bezüglich der Zufriedenheit nach der Therapie zeigt der Stichprobenvergleich: Bei den Suchtpatienten wirken sich bereits die Ressourcen, die sie in die Therapie „mitbringen“, als auch die Ressourcen zu Therapieende positiv auf die spätere Zufriedenheit aus (siehe Kap. 6.2.6, Deppe-Schmitz, 2008). Dagegen ist für die Psychosomatikpatienten festzustellen, dass die Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn gänzlich unbedeutend für die spätere Zufriedenheit ist. Die Ressourcenrealisierung zu Therapieende wirkt sich hingegen unter Einbezug der psychopathologischen Belastung, jedoch nicht der Depressivität, positiv auf die Zufriedenheit aus (siehe Kap. 6.2.6, Deubner-Böhme, 2008). Dem gegenüber kommt auch der psychischen Belastung von Psychosomatikpatienten besonders deutlich zu Therapieende, aber tendenziell auch schon zu Therapiebeginn eine negative Rolle für die Zufriedenheit nach der Therapie zu. Auch zeigt sich für die Psychosomatikpatienten, dass eine Abnahme an psychopathologischer Symptomatik eine höhere Zufriedenheit beeinflusst.

Auch für die stichprobenspezifischen Erfolgskriterien zeichnen sich ähnliche Muster ab. Für Suchtpatienten konnte nachgewiesen werden, dass die Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und zu Therapieende die längerfristige Abstinenz positiv beeinflusst, während die psychische Belastung irrelevant ist. Andererseits wird bezüglich der Bewertung des Therapieerfolgs von Psychosomatikpatienten deutlich, dass die Ressourcenrealisierung nur im Zusammenhang mit psychopathologischer Symptombelastung auch neben der

psychischen Belastung eine Vorhersage für die Katamnese erlaubt. Im Gegensatz zur Zufriedenheit spielen jedoch zu Therapiebeginn weder die Ressourcenrealisierung noch die psychische Belastung eine Rolle. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Psychosomatikpatienten erwiesen sich die Ressourcen als unbedeutend, dagegen konnte gezeigt werden, dass sich erwartungsgemäß eine hohe psychische Belastung zu Therapiebeginn und zu Therapieende ungünstig auf die Arbeitsfähigkeit zur Katamnese auswirken.

Insgesamt kann also festgestellt werden, dass die Ressourcenrealisierung für die Therapie von alkoholabhängigen Patienten und Psychosomatikpatienten bedeutsam ist, jedoch in Abhängigkeit von der Patientenstichprobe eine unterschiedliche Rolle im Therapieprozess einnimmt. Bei Suchtpatienten kann der Ressourcenrealisierung gegenüber der psychischen Belastung eine Schlüsselrolle für längerfristigen Therapieerfolg zugesprochen werden, unabhängig vom gewählten Erfolgskriterium. Interessant ist, dass für Suchtpatienten bereits die grundsätzliche Ressourcenausstattung, mit der sie eine Alkoholentwöhnungstherapie beginnen, für den Therapieprozess und auch den längerfristigen Therapieerfolg entscheidend ist. Dagegen erweist sich für Psychosomatikpatienten eine bereits zu Therapiebeginn hohe Ressourcenwahrnehmung nur für einzelne Ressourcenaspekte als günstig. Für beide Patientengruppen gilt, dass eine gezielte Ressourcenförderung im Rahmen der Therapie wichtig ist, um auch langfristig von der Therapie zu profitieren, wobei der in der Therapie erzielte Ressourcenzuwachs vermutlich nicht stabil genug für den Alltag nach der Therapie ist. Die Bedeutung einzelner Ressourcenbereiche für die Therapie scheint für Psychosomatikpatienten unterschiedlich zu sein und wird deshalb in der vorliegenden Arbeit im Rahmen eines eigenen Kapitels ausführlich dargestellt (vgl. Kap. 6.2.8). Im Gegensatz dazu gilt für die Suchtstichprobe, dass sich die gefundenen Effekte in der Regel auf alle Ressourcenbereiche beziehen und sich keine suchtspezifischen Ressourcen identifizieren lassen.

6.2.8 Relevanz einzelner Ressourcenbereiche für die Psychotherapie

Da die vorgefundenen Zusammenhänge nicht für alle Ressourcenbereiche in gleichem Maße zutreffen, erscheint eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Ressourcenaspekte unter dem Gesichtspunkt, welche Ressourcenaspekte genau bereits während der stationären Rehabilitationsbehandlung erfolgreich gefördert werden konnten, bzw. in welchen Bereichen Patienten zum Abschluss der Behandlung noch Defizite in der Ressourcenwahrnehmung aufweisen, für die Ableitung konkreter Handlungsstrategien zur Ressourcenförderung für die psychotherapeutische Praxis sehr informativ. Grundlegend

für die Beurteilung, für welche einzelnen Ressourcenbereiche eine konkrete Förderung innerhalb der Therapie besonders im Vordergrund stehen sollte, ist dabei zunächst die Identifizierung einzelner für Therapieerfolg bedeutsamer Ressourcenbereiche.

Dass der Förderung von Ressourcenaspekten, die mit dem **Erleben positiver Emotionen und Selbstentfaltung** verbunden sind, ein wichtiger Stellenwert zukommt, wird durch die Relevanz insbesondere der folgenden Ressourcenaspekte *Wohlbefinden*, *Selbstwerterleben*, aber auch *Sinnfindung* für den subjektiv wahrgenommenen längerfristigen Therapieerfolg bekräftigt, was in Einklang mit einem Einzelbefund von Ruf (2003) für die spätere Abstinenz von Alkoholabhängigen steht. Die Förderung genau dieser Ressourcenaspekte wird darüber hinaus dadurch unterstrichen, dass sich eine hohe Verfügbarkeit an Ressourcen in diesen Bereichen zum einen in verschiedenen Untersuchungen als günstig für den (seelischen) Gesundheitszustand erwiesen hat (vgl. auch Einzelbefunde von Trösken & Grawe 2004; Heinz, 2003; Giger, 2002; Oesch, 2002 bzw. Kap. 2.2 oder 2.4) und sich auch in der vorliegenden Untersuchung zeigte, dass gesunde Personen im Vergleich zu den untersuchten Psychosomatikpatienten insbesondere durch eine höhere Realisierung von Ressourcenaspekten der Selbstentfaltung und des Erlebens positiver Emotionen gekennzeichnet sind (vgl. Kap. 5.1), als auch eine hohe Realisierung genau dieser Ressourcenaspekte mit einer geringeren psychischen Belastung einhergeht (vgl. Kap. 5.3 für die vorliegende Untersuchung bzw. Studienergebnisse von Trösken, 2002 bzw. Trösken & Grawe, 2004).

Besonders gut gelungen ist den Psychosomatikpatienten der Ressourcenzuwachs in den beiden Ressourcenbereichen *Wohlbefinden* und *Selbstwerterleben* trotz der stark ausgeprägten Defizite zu Therapiebeginn: Die psychosomatischen Patienten realisieren zum Abschluss der Behandlung nicht mehr weniger Ressourcen als Gesunde; im *Selbstwerterleben* nehmen die Patienten sogar mehr Ressourcen wahr, was als besonderer Therapieerfolg gewertet werden kann! Die Zunahme der Ressourcenrealisierung gerade in diesen Bereichen im Verlauf einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung konnte auch von Trösken und Grawe (2004) belegt werden. Trotz eines während der Rehabilitationsbehandlung deutlichen Ressourcenzuwachses für die Realisierung eines *positiven Selbstkonzeptes* bleiben die bereits zu Therapiebeginn vorgefundenen Defizite auch im Vergleich zu ambulanten Psychotherapiepatienten zum Behandlungsende weiterhin bestehen. Möglicherweise drückt sich in diesem Aspekt die an sich vermutete stärkere und auch längere psychische Beeinträchtigung der stationären Psychosomatikpatienten aus (vgl. Kap. 6.2.1). Die Bedeutung eines gut ausgeprägten Selbstkonzeptes als wirkungsvolle Ressource zur Bewältigung von Belastung (vgl. Grawe, 2004) als auch für psychische

Gesundheit (vgl. Heinz, 2003), sowie tendenziell auch für längerfristigen Therapieerfolg in der vorliegenden Untersuchung (vgl. Kap. 5.5) nachgewiesen, lässt eine Förderung besonders dringlich erscheinen. Weshalb es den stationären Patienten trotz des insgesamt erfolgreichen Ressourcenzuwachses gerade in diesem Bereich nicht gelungen ist, sich den Gesunden anzunähern, könnte unter anderem an der zur Erzielung grundlegenderen Veränderungen im Selbstkonzept nicht ausreichenden vorgegebenen durchschnittlich 6-wöchigen Therapiezeit festgemacht werden. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass das Selbstkonzept im RES-Fragebogen über personenzentrierte Itemformate erhoben wurde, welche per se als zeitlich stabiler gelten, gerade im Vergleich zum Selbstwerterleben, welches die Selbstwertdynamik über die Abfrage konkreter Verhaltensweisen erfasst (vgl. Kap. 2.1.3; 4.3.1 sowie Anhang A1).

Auch die Wahrnehmung von sog. **Copingressourcen**, unter denen Strategien, die sich auf die Bewältigung vergangener Krisen (*Krisenbewältigung*) als auch wahrgenommene zur Verfügung stehende Fertigkeiten aktueller Problemsituationen (*Stressbewältigung*) zusammengefasst werden, erwies sich in der vorliegenden Untersuchung als relevant für den Therapieerfolg, was Einzelbefunde von Ruf (2003) sowie Tröskén und Grawe (2004) stützen (vgl. auch Kap. 2.4). Die Ergebnisse zum unmittelbaren Therapieerfolg geben einen Hinweis, dass dem Ausmaß an wahrgenommenen zur Verfügung stehenden *Krisenbewältigungsstrategien* zu Behandlungsbeginn eine Bedeutung zukommt. Patienten, die mit bereits positiven Erfahrungen in der Bewältigung von Krisensituationen eine psychosomatische Rehabilitation beginnen, verfügen vermutlich über eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung auch bzgl. der Bewältigung zukünftiger schwieriger Situationen. Im Vergleich zur *Krisenbewältigung* erwiesen sich, wie auch schon in der Studie von Ruf (2003) gezeigt, *Stressbewältigungsstrategien* als günstig für den längerfristigen Erfolg und werden gerade nach Beendigung der Behandlung von Patienten als hilfreich erlebt.

Zum Entlassungszeitpunkt liegen noch Defizite in der Ressourcenwahrnehmung im Vergleich zu Gesunden in beiden Copingaspekten vor, obwohl den Patienten ein deutlicher Zuwachs in ihren *Stressbewältigungsstrategien* während der Behandlungszeit gelungen ist. Auf eine Verbesserung der *Krisenbewältigung* während der Behandlung scheint die stationäre Psychotherapie interessanterweise nur wenig Einfluss zu nehmen, was mit Ergebnissen von Tröskén und Grawe (2004) für ambulante Psychotherapiepatienten korrespondiert. Eventuell zeigt sich ein Ressourcenzuwachs in diesem Bereich aufgrund eines geringeren Krisenauftretens während der Behandlung erst mit zeitlicher Verzögerung nach Abschluss der Behandlung und müsste eher in einer katamnestischen Befragung der

Ressourcenverfügbarkeit abbildbar sein. Vor dem Hintergrund, dass sich Problemlösestrategien allgemein als relevant für Therapieerfolg gezeigt haben (vgl. Marks 1975; Grawe, 1987), kann für die Bedeutung von Copingstrategien für die vorliegende Untersuchung zusammengefasst werden, dass der Behandlungsfokus insbesondere noch mehr als für *Krisenbewältigungsstrategien* auf eine Verbesserung der *Stressbewältigungsressourcen* gelegt werden sollte, die zudem auch im Vergleich zur *Krisenbewältigung* einen deutlicheren Zusammenhang zu einer höheren psychischen Belastung aufzeigen (vgl. Kap. 5.3, aber auch Tröskén, 2002).

Soziale Ressourcen sind in der vorliegenden Untersuchung hauptsächlich für den längerfristigen Therapieerfolg von Relevanz, was dem aktuellen Stand der Literatur entspricht (vgl. Kap. 2.2), der darüber hinaus auch auf die hohe Bedeutung sozialer Ressourcen für die (seelische) Gesundheit hinweist (vgl. Giger, 2002, Oesch, 2002, Heinz, 2003). Am deutlichsten zeigte sich dieser Zusammenhang für die spätere Lebenszufriedenheit der Patienten: Dabei wirkt sich eine hohe Realisierung von Unterstützung durch nahe Bezugspersonen (*nahe Beziehungen*) als günstig und im Gegensatz dazu eine hohe Wahrnehmung an tatsächlich erhaltener allgemeiner sozialer *Unterstützung im Alltag* bzw. deren Zunahme als nachteilig für die spätere Zufriedenheit der Psychosomatikpatienten aus. Dieser zunächst offenkundige Widerspruch könnte dadurch erklärbar sein, dass Patienten mit einer hohen Wahrnehmung an tatsächlich erhaltener allgemeiner Unterstützung während der stationären Behandlung diese überwiegend in der Klinik erhalten haben (z.B. Therapiegespräche, Austausch mit Mitpatienten etc.) und nach der Behandlung eher in ein „Loch“ fallen, wenn diese Form der Unterstützung wieder weg bricht. Hingegen wäre vorstellbar, dass Patienten, die weniger Unterstützung durch andere realisieren, sich als autonomer und selbständiger wahrnehmen, was sich positiv auf eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung und damit auf die subjektive Lebenszufriedenheit der Patienten auswirken sollte. Diese Annahme deckt sich auch mit Ergebnissen von Ruf (2003), die eher Ressourcen, die das selbständige Handeln betreffen, in Zusammenhang mit Therapieerfolg sieht. Möglicherweise sind Patienten mit wenig wahrgenommener Unterstützung besonders motiviert, sich nach Behandlungsabschluss ein soziales Netz aufzubauen und professionelle psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, was diese Patienten über längere Sicht insgesamt zufriedener mit ihrer Lebenssituation machen könnte. Dass soziale Ressourcen in der vorliegenden Untersuchung gerade für die Lebenszufriedenheit von ausgesprochener Relevanz sind, kann mit der überwiegend aus Ostdeutschland rekrutierten Stichprobe in Verbindung gebracht werden, da es Hinweise gibt, dass in Ostdeutschland im Vergleich zu Westdeutschland die Lebenszufriedenheit besser über private Beziehungen und soziale Unterstützung erklärbar ist (vgl. Brähler, 1999), was

wiederum an dem hohen Stellenwert der sozialen Gemeinschaft in der ehemaligen DDR festgemacht werden kann (vgl. z.B. Kohli & Szydlik, 2000).

Die Bedeutung sozialer Ressourcen für Ostdeutsche spiegelt sich auch für die untersuchte Stichprobe in der bereits zu Therapiebeginn im Vergleich zu den übrigen Ressourcenbereichen geringfügigeren Abweichungen sozialer Ressourcen zu den Gesunden bzw. einer höheren Ressourcenwahrnehmung zur ambulanten überwiegend aus der Schweiz stammenden Stichprobe wider (vgl. Kap. 5.1; 6.2.1). Der nur schwache Zuwachs an sozialen Ressourcen für die Realisierung *Naher Beziehungen* während des Behandlungszeitraums resultiert vermutlich einerseits durch die bereits relativ hohe Ressourcenverfügbarkeit zu Therapiebeginn als auch andererseits die geringere Beeinflussung sozialer Ressourcen durch stationäre Psychotherapie, woraus sich allgemein eine untergeordnete Bedeutung bzgl. der Förderung sozialer Ressourcen zumindest für die vorliegende Patientengruppe ableiten lässt.

Die Ergebnisse können dahingehend zusammengefasst werden, **dass die Berücksichtigung spezifischer Ressourcenaspekte bei der Förderung von Ressourcen während der stationären Behandlung in jedem Falle sehr sinnvoll erscheint und die Durchführung einer ausführlichen Ressourcendiagnostik zu Therapiebeginn rechtfertigt.** Psychotherapeuten sollten besonderes Augenmerk auf die für den Therapieerfolg besonders relevante Förderung von Coping-Ressourcen legen. Hier könnte die obligatorische Teilnahme an gezielten Problemlösegruppen gerade zur Verbesserung der Stressbewältigung für Patienten unterstützend wirken. Darüber hinaus sollte in der Therapie auf die Stärkung positiver Fähigkeiten und Fertigkeiten geachtet werden und die Wahrnehmung positiver Selbstaspekte der Patienten besonders gestärkt werden. Ein Gruppenangebot zur expliziten Förderung einer positiven Selbstwahrnehmung z.B. in Anlehnung an ein explizites Ressourcentraining (z.B. Viehhäuser, 2000) sollte bestehende verhaltensorientierte Selbstsicherheitsgruppen zum Aufbau sozialer Fertigkeiten ergänzen. Die Erwirkung eines weiteren Ressourcenzuwachses an sozialen Ressourcen scheint nur auf individueller Ebene für Patienten mit stark ausgeprägten Defiziten in diesem Bereich erfolgsversprechend. Im Sinne eines ressourcenorientierten Ansatzes sollte durch Einbeziehung von Angehörigen zum Beispiel in Form von Paargesprächen, Angehörigeninformationen und Partnerseminaren (vgl. auch Kap. 6.2.3) an das Repertoire der bereits vorhandenen Ressourcen der Patienten zu Therapiebeginn angesetzt und das vorhandene Potential genutzt werden.

6.3 Relevanz für die psychotherapeutische Praxis

Die Einzel-Ergebnisse wurden bereits in Kapitel 6.2 auch bezüglich ihrer praktischen Bedeutsamkeit für den klinischen Alltag diskutiert. Im Folgenden soll zusammenfassend darauf eingegangen werden, welche Schlussfolgerungen sich allgemein für die Gestaltung von Psychotherapie, insbesondere für stationäre psychosomatische und alkoholabhängige Patienten ergeben.

Insgesamt weisen die Studienergebnisse trotz methodischer Einschränkungen (s.o.) deutlich darauf hin, dass eine Ressourcenförderung neben der gelungenen Belastungsreduktion im Rahmen der verhaltensmedizinischen Alkoholentwöhnungsbehandlung sowie der psychosomatischen Rehabilitation lohnend und erfolgsversprechend ist und eine stärkere explizite Ressourcenausrichtung voraussichtlich zu einer Verbesserung des Therapieergebnisses -insbesondere längerfristig betrachtet- führen kann.

Dass sich der Ressourcenfragebogen für Indikationsstellung und Therapieplanung eignet, konnte bereits von Tröskén (2002) nachgewiesen werden. Dies ist auch für psychosomatische Patienten, die sich in eine stationäre Rehabilitation begeben sowie für alkoholabhängige Patienten, die eine Alkoholentwöhnungsbehandlung antreten, übertragbar. Auch für die im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts untersuchten Patienten lassen sich Ressourcenprofile erstellen, die dem Psychotherapeuten als Hilfestellung für die Eingangsphase der Therapie dienen können.

Für alkoholabhängige Patienten kann über die Ressourcendiagnostik zu Therapiebeginn vorsichtig abgeschätzt werden, ob es sich um einen „problematischen“ Abhängigen handelt, der über alle Bereiche hinweg eine eher geringe Ressourcenrealisierung und damit verbunden vermutlich auch eine stärkere psychische Belastung aufweist sowie über weitere psychische Diagnosen verfügt. Dies ließe eine explizite Ressourcenförderung in der Therapie und Ressourcenstabilisierung im Alltag nach der Therapie notwendig erscheinen, damit der Betroffene die erlernten Alkoholbewältigungsstrategien effektiver anwenden kann. Der eher „unproblematische“ Alkoholabhängige dagegen mit einer mittleren bis guten Ressourcenrealisierung sollte gut von den Maßnahmen der Alkoholentwöhnungstherapie profitieren können und in diesem Rahmen im Sinne der Hobfoll'schen Ressourcengewinnspiralen (1989) weiter Ressourcen aufbauen. Eine gute Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn kann als „günstige

Voraussetzung“ für eine erfolgreiche Therapie bewertet werden. Eine Normierung des Fragebogens wäre in diesem Zusammenhang wünschenswert, um konkrete Richtwerte über eine „gesunde“ versus „pathologische“ Ressourcenrealisierung zu erhalten.

Dagegen zeigte sich für die untersuchten Psychosomatikpatienten, dass der Ressourceneingangsstatus nur wenig darüber aussagt, inwieweit Patienten in ihrer Therapie sowohl kurz- als auch längerfristig erfolgreich waren, so dass diese Information hier wenig wertvoll erscheint, um Aussagen darüber ableiten zu können, welche Patienten erfolgreich sein werden und sich Therapeuten von diesen Informationen zumindest nicht irre führen lassen sollten, den im Sinne eines defizitorientierten Denkens folgenden Umkehrschluss zu machen: wer mit weniger positiven Möglichkeiten in die Therapie kommt, wird auch weniger erfolgreich sein.

Inwieweit eine gezielte Nutzung der Ressourcendiagnostik zu einer Verbesserung des Therapieergebnisses führen könnte, lässt sich im vorliegenden Fall nicht valide beurteilen, da zum einen die Fragebögen von den Therapeuten nicht explizit für die Therapieplanung genutzt wurden und zum anderen keine im engeren Sinne explizite Ressourcenförderung an der untersuchten Klinik durchgeführt wurde. Tatsächlich zeigt der nachgewiesene Ressourcenzuwachs, dass sowohl im Rahmen der manualisierten Alkoholentwöhnungsbehandlung als auch in der psychosomatischen Rehabilitation mit verhaltensmedizinischem Schwerpunkt sehr wohl eine Ressourcenförderung stattgefunden hat und zwar ohne explizite Ressourcenaktivierung.

Aufgrund der Tatsache, dass für Suchtpatienten bereits der Ressourcenstatus zu Therapiebeginn aber auch zu Therapieende und für Psychosomatikpatienten insbesondere der Ressourcenstatus zu Therapieende für den Therapieerfolg von Bedeutung ist und damit die konsistenztheoretischen Überlegungen empirisch bestätigt werden können, erscheint es dringend notwendig, die Ressourcenförderung in die Therapie explizit zu integrieren. Ziel sollte sein, dass Patienten unabhängig von der Diagnose über ein möglichst hohes Repertoire an Ressourcen zu Entlasszeitpunkt verfügen, welches auch nach der Therapie weiter stabilisiert werden sollte, um längerfristigen Therapieerfolg zu sichern. Dafür sollte allen Patienten eine individuell abgestimmte Ressourcenförderung zukommen bzw. ressourcenärmere Patienten sollten verstärkt gefördert werden. An dieser Stelle sei nochmals auf die Anmerkung von Trösken (2002) verwiesen, dass Therapeuten an den bereits vorhandenen Ressourcen ansetzen sollten, was für die vorliegende Untersuchungsstichprobe insbesondere die Anknüpfung an die bereits gut ausgestatteten sozialen Ressourcen bedeutet.

Die Abkehr von einer rein defizitorientierten Grundhaltung erscheint damit gerechtfertigt, insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass der Ressourcenzuwachs sogar als noch stärker eingeschätzt werden kann als die vorgefundene Symptomreduktion bzw. Reduktion psychischer Belastungsmerkmale, als auch deutlich wurde, dass der Ressourcenrealisierung ein wichtiger Stellenwert für den Therapieerfolg zukommt. Dies gilt nicht nur für die Haltung des Therapeuten, auch für den Patienten erscheint die Aufmerksamkeitslenkung auf eigene Stärken und Potentiale sinnvoll, damit dieser weiter seine Ressourcen ausbauen kann. Hier wird auf die Notwendigkeit einer therapiebegleitenden Evaluation der Ressourcenentwicklung verwiesen, um den Prozess der Ressourcenförderung sowohl für den Therapeuten im Sinne eines positiven Ressourcenprimings (vgl. Flückinger, 2004) als auch für den Patienten transparent und effektiv zu gestalten.

6.4 Stärken und Schwächen der Studie

Im Folgenden werden die Stärken der vorgestellten Untersuchung herausgearbeitet sowie auf Grenzen der Studie eingegangen.

Hervorzuheben ist, dass die vorliegende Studie in der klinischen Praxis für die Praxis von Praktikern ins Leben gerufen wurde. In der Studie wurde auf eine empirisch abgesicherte Ableitung praktisch relevanter Gesichtspunkte für den klinischen Alltag abgezielt, um Praktikern konkret Hinweise für die Patientenbehandlung liefern zu können. Im Fokus des Forschungsprojekts lag somit die Untersuchung realer psychotherapeutischer Gegebenheiten in einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung sowie in einer Einrichtung zur Alkoholentwöhnung. Als Forschungsdesign wurde folglich trotz geringerer interner Validität (vgl. Bortz & Döring, 2002; Kendall et al., 2004; Scheithauer & Petermann, 2000) ein naturalistischer Untersuchungsansatz gewählt, was wenig Eingreifen in den „natürlichen“ Therapieprozess mit Ausnahme der in die Eingangs- und Abschlussdiagnostik eingefügten Ressourcenfragebögen (RES, Trösken, 2000) bedeutete, damit die Ergebnisse im Hinblick auf ihre Übertragbarkeit auf die klinische Realität hin beurteilt werden konnten. Es wurde ein prospektives Design mit drei Messzeitpunkten gewählt, um zumindest in Ansätzen den ständigen Wandel, dem der psychotherapeutische Prozess unterworfen ist, abbilden zu können.

Gerade im Hinblick auf die Fülle an potentiell zu untersuchenden Variablen und Fragestellungen konnte hier nur eine Auswahl an interessierenden Perspektiven und

Aspekten getroffen werden, mit dem Bewusstsein, dass es in der Forschung nahezu unmöglich ist, alle relevanten Einflussfaktoren zu berücksichtigen (vgl. Garfield, 1994), bzw. die Komplexität des psychotherapeutischen Geschehens nur in Ansätzen erfassbar ist. Dabei wurden solche Aspekte herausgegriffen, die insbesondere für die psychotherapeutische Praxis von besonderer Relevanz zu sein scheinen als auch ökonomisch zu erheben waren, ohne den Klinikablauf wesentlich zu beeinflussen. Darüber hinaus war die Variablenselektion auch durch den klinikinternen Datenpool vorgegeben und aufgrund des naturalistischen Settings waren Grenzen gesetzt. So war beispielsweise eine Beilegung diverser zusätzlicher metrischer Fragebögen zum Katamnesefragebogen (z.B. der Ressourcenfragebogen RES) nicht zumutbar bzw. hätte zu einem verfälschten Katamneserücklauf führen können (Risiko einer erhöhten Drop-out-Rate). Aus organisatorischen und ökonomischen Gesichtspunkten war es nicht möglich, noch zusätzliche Erhebungen zur Erfassung von Ressourcen im Verlauf der stationären Behandlung durchzuführen. Auch musste auf die Einbeziehung einer Kontrollgruppe verzichtet werden, so dass keine Aussagen über die Abgrenzung der Behandlungseffekte gegenüber spontanen Verläufen gemacht werden können.

Als besondere Stärke der vorliegenden Arbeit ist der durchgeführte Vergleich einer Sucht- und Psychosomatikstichprobe hervorzuheben: Da es sich bei der untersuchten Klinik um eine psychosomatische als auch Alkoholentwöhnungsbehandlung „unter einem Dach“ handelt, war es möglich, Patienten trotz unterschiedlicher Diagnose- und Indikationsstellungen zu untersuchen, die zum identischen Zeitpunkt in der selben Einrichtung waren und nach dem selben Klinikkonzept und Therapiekonzept behandelt wurden und mit wenigen Ausnahmen das identische Angebot der Klinik wahrgenommen haben. Trotz Einschränkungen in der Vergleichbarkeit der beiden Stichproben (siehe Kap. 6.2.7) lassen sich Aussagen darüber ableiten, inwieweit die beiden Patientengruppen bzgl. ihrer Ressourcenrealisierung miteinander vergleichbar sind und ob die Bedeutung der Ressourcenrealisierung für den Psychotherapieprozess bzw. Psychotherapieerfolg für beide Gruppen von unterschiedlicher Natur ist.

Bereits mehrfach (vgl. Kap. 6.2) wurde auf methodische Einschränkungen wie geringere Reliabilität von Differenzmaßen bzw. natürliche Regressionseffekte, Kollinearitätsproblematik von Regressionsanalysen als auch bezogen auf den Ressourcenfragebogen (RES) unzufriedenstellende Faktorenlösung, hohe Interkorrelationen der einzelnen Ressourcenbereiche sowie die fehlende Normierung des Ressourcenfragebogens verwiesen, welche bei der Ergebnisinterpretation zu berücksichtigen sind.

Wie schon an verschiedensten Stellen darauf verwiesen, existiert in der Literatur eine Vielzahl an unterschiedlichen Definitionen von Ressourcen (siehe Kap. 2.1). Auch sind die bislang existierenden Studienergebnisse verschiedener Kliniken aufgrund unterschiedlicher Behandlungskonzepte, Unterschiede in den Patientenpopulationen sowie Verwendung unterschiedlicher Erfolgskriterien nur bedingt miteinander vergleichbar, was die Einordnung der Ergebnisse der vorliegenden Studie und die Ableitung allgemeiner Schlussfolgerungen insgesamt erschwert.

6.5 *Ausblick*

Um die vorgefundenen Ergebnisse zu erhärten, sind weitere Studien notwendig, um die Replizierbarkeit der Ergebnisse auch in anderen Settings zu prüfen. Insbesondere wäre interessant, inwieweit die Ergebnisse in Abhängigkeit von der therapeutischen Richtung divergieren und welchen Einfluss eine gezielte explizite Ressourcenorientierung bzw. Aktivierung innerhalb der psychotherapeutischen Behandlung hat. Aufgrund der starken Dominanz ostdeutscher Patienten in der vorliegenden Untersuchung sollte geprüft werden, ob die vorgefundenen Ergebnisse auf andere Patientengruppen übertragbar sind, da es Hinweise gibt, dass sich Ost- von Westdeutschen hinsichtlich bestimmter psychischer Parameter wie beispielsweise durch ein geringeres Wohlbefinden, aber höhere psychische Gesundheit unterscheiden (vgl. Kap. 6.2.3; 6.2.6 sowie Brähler et al., 1999; Weiß, 1999; Jacobi et al., 2004). Auch die deutlich gewordenen Unterschiede zwischen den psychosomatischen und Suchtpatienten legen eine differenzierte Betrachtung einzelner Diagnosegruppen im Hinblick auf die skizzierten Fragestellungen nahe und sollten zu weiterer Forschung unter Berücksichtigung der einzelnen Diagnosen ermuntern.

Dabei ist die Erhebung von Prozessmerkmalen, insbesondere die Erfassung des Geschehens innerhalb der Therapiesitzung, von Interesse, um der zeitlichen Struktur und Dynamik von Therapie gerecht zu werden, wie beispielsweise im Phasenmodell von Howard postuliert (vgl. Howard et al., 1986; Howard, Lueger, Mailing & Martinovich, 1992; Lueger, 1995). Das Wissen über eine stattgefundene Ressourcenaktivierung innerhalb von Therapiesitzungen in Verbindung mit der Erhebung eines möglichen Ressourcenzuwachses oder auch Belastungsreduktion innerhalb der Psychotherapiesitzungen könnte unter Hinzuziehung entsprechender Fragebögen (vgl. ausführlich Grawe, 2004 oder Itten et al., 2004) mehr Aufschluss über das Zusammenspiel zwischen ressourcenorientierten und problemorientierten Parametern geben, was gerade vor dem Hintergrund, dass eine gezielte Ressourcenaktivierung die Problembearbeitung erleichtern sollte und darüber hinaus zu

einem besseren Therapieergebnis führen sollte (vgl. Grawe, 2004, sowie Gassmann & Grawe, 2006), für die Gestaltung effektiver Therapie von großer Bedeutung ist.

Aber auch eine Prüfung der Ergebnisse im Hinblick auf mögliche Kausalzusammenhänge mit Hilfe von Pfadanalysen, auf welche im vorliegenden Fall aufgrund noch fehlender gezielter Hypothesen verzichtet wurde, erscheint weiterführend, um die vorgefundenen Ergebnisse zu erhärten bzw. zu neuen Erkenntnissen zu kommen, welche Rolle der Ressourcenrealisierung evtl. als Mediatorvariable im psychotherapeutischen Geschehen zukommt.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ergeben sich darüber hinaus neue interessante inhaltliche Fragestellungen, z.B. die Einbeziehung der Erfassung von wahrgenommener Inkongruenz und deren Bedeutung für Ressourcenzuwachs bzw. Belastungsreduktion, welche nach der Konsistenztheorie von Grawe (2004) als zentrales Bindeglied im psychotherapeutischen Geschehen gesehen wird und als maßgeblich für psychische Gesundheit gilt. Aber auch die genauere Analyse interaktionell schwieriger Patienten und ihre Bedeutung für Ressourcen und Therapieerfolg stellt ein wichtiges Forschungsgebiet gerade für die stationäre Behandlung dar, da diese Patienten sich vermehrt in stationären Behandlungen begeben sollten (siehe Kap. 2.4), als auch im Hinblick darauf, dass interaktionell schwierigere Patienten als ressourcenärmer (vgl. Tröskén, 2002) und schwerer behandelbar gelten und somit möglicherweise einer anderen Ressourcenförderung bedürfen, um Psychotherapie erfolgreich abschließen zu können.

Dass die Einbeziehung von Selbst- und Fremdbeobachtungsdaten aufgrund von anzunehmenden Diskrepanzen sinnvoll ist, darauf wurde bereits mehrfach verwiesen. Dabei erscheint insbesondere die Gegenüberstellung der von den Therapeuten als auch Angehörigen eingeschätzten Ressourcenpotentiale (REF), welche als weitere Bestandteile der Ressourcendiagnostik im Berner Ressourceninventar von Tröskén (2002) bereits vorliegen mit der subjektiv wahrgenommenen Ressourcenrealisierung von besonderem Interesse, gerade vor dem Hintergrund, dass Patienten aufgrund von Demoralisierung zu Psychotherapiebeginn zu einer geringeren subjektiven Ressourcenwahrnehmung neigen.

Bereits verwiesen wurde in der vorliegenden Studie auf die Schwierigkeit der Einbeziehung des Ressourcenfragebogens innerhalb der Katamnese. Um jedoch Aussagen über die Rolle von Ressourcen als mögliche Puffer gegenüber Rückfällen machen zu können, erscheint die Erfassung von Ressourcen nach Abschluss der psychotherapeutischen Behandlung unabdingbar. Eventuell lässt sich dieser Forderung eher

in Universitätskliniken nachkommen als im Rahmen psychosomatischer Rehabilitation bzw. Alkoholentwöhnungstherapie, welcher durch die Leistungsträger, die als primäres Therapieziel zunächst die Wiederherstellung der Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit vorgeben, weniger als „Forschungsstätte“ betrachtet wird.

Angemerkt sei zum Schluss, dass Regli et al. (2006) eine ökonomische Kurzversion des Ressourcenfragebogens (RES) vorgestellt hat, welche eine Überprüfung der vorliegenden Ergebnisse anhand dieser Kurzversion sinnvoll erscheinen lässt. Darüber hinaus eröffnet die Kurzform neue Möglichkeiten, der Forderung einer gezielten Prozessforschung effizient nachkommen zu können.

Ressourcenorientierung gilt nach heutigem Verständnis als „Haltung“ des Therapeuten. Die Ergebnisse des vorliegenden Forschungsprojektes regen an, bislang etablierte Therapiemaßnahmen hinsichtlich ihres Potentials einer gezielten Ressourcenförderung zu evaluieren und außerdem explizite therapeutische Interventionen zur Ressourcenförderung zu entwickeln.

7 Literatur

Abele, A. & Becker, P. (1994). *Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik*. Weinheim: Juventa.

Ablon, J.S. & Jones, E.E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (1), 64-75.

Agosti, V., Nunes, E. & Ocepeck-Welikson, K. (1996). Client factors related to early attrition from an outclient cocaine research clinic. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22, 29-39.

Aleksiuk, M. (1996). *Power Therapy. Maximizing Health Through Self-Efficacy*. Seattle: H & H Publishers.

Alexander, L.B. & Luborsky, L. (1986). The Penn helping alliance scales. In L.S. Greenberg & W.S. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process* (pp. 325-364). New York: Guilford Press.

Allport, G.W. (1961). *Pattern and Growth in Personality*. New York: Rinehart & Wiston.

Amberger, S., Irle, H. & Grünbeck, P. (2003). Arbeitsbezogene Strategien und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Versicherten mit psychischen Störungen. *Deutsche Angestellten Versicherung*, 50(3), 135-141.

American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM II)* (2nd edition). Washington/D.C.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV)* (4th edition). Washington/D.C.

Anderson, E.M. & Lambert, M.J. (2001). A survival analysis of clinically significant change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 57, 875-888.

Antonowsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey Bass.

Antonowsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey Bass.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Ausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.

Arean, P.A., Perri, M.G., Nezu, A.M., Schein, R.L., Christopher, F. & Joseph, T.X. (1993). Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatments for depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1003-1010.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2000). *Multivariate Analysemethoden* (10. Auflage). Berlin: Springer.

- Badura, B. (1981). Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In B. Badura (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit* (S. 13-39). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bassler, M. & Hoffmann S.O. (1994). Trends in der empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 39, 174-176.
- Bassler, M., Krauthauser, H. & Hoffmann, S.O. (1995). Welche Faktoren beeinflussen die Dauer von stationärer Psychotherapie? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 45, 167-175.
- Bastine, R. & Tuschen, B. (1996). Klinisch-psychologische Diagnostik. In A. Ehlers & K. Hahlweg, *Grundlagen der Klinischen Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie. Serie „Klinische Psychologie“, Bd.1* (S. 195-268): Göttingen: Hogrefe.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. Dt. Ausgabe: M. Hautzinger (Hrsg.). Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Beck, A.T. (1995). *Beck-Depressions-Inventar. BDI. Testhandbuch*. Dt. Version: M. Hautzinger. Bern: Huber.
- Becker, P. (1992). Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 21, 64-75.
- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1997). Prävention und Gesundheitsförderung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch* (2. Auflage), (S. 517-534). Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1998). Die Salutogenesetheorie von Antonovsky: Eine wirklich neue, empirisch abgesicherte, zukunftsweisende Perspektive? In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie?* (S. 13-25). Berlin: Springer.
- Becker, P., Bös, K., Opper, E., Woll, A. & Wustmanns, A. (1996). Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergesunden in gesundheitsrelevanten Variablen (GRV). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4 (1), 55-76.
- Beckham, E.E. (1989). Improvement after evaluation in psychotherapy of depression: Evidence of a placebo effect? *Journal of Clinical Psychology*, 45, 945-950.
- Berrigan, L.P. & Garfield, S.L. (1981). Relationship of missed psychotherapy appointments to premature termination and social class. *The British Journal of Clinical Psychology*, 20, 239-242.
- Berth, H., Albani, C. & Brähler, E. (2005). Persönlichkeitsmerkmale, psychische Belastung und Lebenszufriedenheit von Arbeitslosen. Ergebnisse einer Repräsentativitätsstudie. *Psychosozial*, 28 (1), 99-110.
- Berth, H., Förster, P., Petrowski, K., Stöbel-Richter, Y. & Balck, F. (2006). Geschlechtsdifferenzen in den Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit. Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie. In A. Inz, & O. Decker (Hrsg.), *Gesundheit im gesellschaftlichen Wandel. Altersspezifik und Geschlechterrollen. Festschrift zum 60. Geburtstag von Elmar Brähler* (S. 78-92). Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Beutel, M. (1989). Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von Personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastung und Lebensereignissen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 39, 452-462.
- Beutel, M. Dommer, T., Kayser, E., Bleichner, F., Vorndran, A. & Schlüter K. (1999). Arbeit und berufliche Integration psychosomatisch Kranker. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 368-374.
- Beutler, L.E. & Hamblin, D.L. (1986). Individualized outcome measures of internal change: Methodical considerations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 48-53.
- Beutler, L.E. (2000). David and Goliath: When empirical and clinical standards of practice meet. *American Psychologist*, 55, 937-1007.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimonhamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed.). New York: Wiley & Sons.
- Beutler, L.E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishley, A., Hamblin, D., Meredith, K., Potten, R., Bamford, C.R. & Levenson, A.I. (1987). Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 550-556.
- Birbaumer, N. (1977). Zum Proben der Psychosomatik. In N. Birbaumer (Hrsg.), *Psychophysiologie der Angst* (S. 296-332). München: Urban & Schwarzenberg.
- Blatt, S.J., Quinlan, D.M., Pilkonis, P.A. & Shea, M.T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 63, 125-132.
- Bloom, B.L., White, S.W. & Asher, S.J. (1978). Marital disruption as a stressful life event. *Psychological Bulletin*, 85, 867-894.
- Bodenmann, G., Cina, A. & Schwerzmann, S. (2001). Individuelle und dyadische Copingressourcen bei Depressiven. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30 (3), 194-203.
- Borgart, E.-J. & Meermann, R. (1999). Bedingungsfaktoren unterschiedlicher Behandlungsdauer bei Angststörungen im Rahmen stationärer Verhaltenstherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 109-113.
- Borgers, D. & Steinkamp, G. (1994). Sozialepidemiologie: Gesundheitsforschung zu Krankheit, Sozialstruktur und gesundheitsrelevanter Handlungsfähigkeit. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 133-148). Stuttgart: Enke.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler* (3. Auflage). Berlin: Springer.

- Bottlender, M., Bottlender, R., Scharfenberg, C., & Soyka, M. (2003). Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für den Therapieverlauf einer ambulanten Alkoholentwöhnungstherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 384-389.
- Brähler, E. & Richter, H.-E. (1999). Ost- und Westdeutsche - 10 Jahre nach der Wende. In H. Berth & E. Brähler (Hrsg.), *Deutsch-deutsche Vergleiche. Psychologische Untersuchung 10 Jahre nach dem Mauerfall* (S. 9-27). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung.
- Broda, M., Bürger, W.M. & Dinger-Broda, A. (1995). Therapieerfolg und Kohärenzgefühl-Zusammenhänge zwei bis fünf Jahre nach stationärer verhaltensmedizinischer Behandlung. In Lutz, R. & Mark, N. (Hrsg.), *Wie gesund sind Kranke?* (S.113-121). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Broda, M., Bürger, W.M., Dinger-Broda, A. & Massing, H. (1996). *Die Berus-Studie. Zur Ergebnisevaluation der Therapie psychosomatischer Störungen bei gewerblichen Arbeitnehmern*. Berlin: Westkreuz-Verlag.
- Broda, M., Lamberti, J., Dinger-Broda, A. & Klinkenberg, N. (1999). Entwicklung eines Fragebogens zur Standardkatamnese für die stationäre Psychosomatische Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 337-342.
- Brown, E.J., Heimberg, R.G. & Juster, H.R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467-486.
- Bürger, W. (1997). *Arbeit, Psychosomatik und medizinische Rehabilitation. Eine Längsschnittuntersuchung*. Bern: Huber.
- Burns, D.D. & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 441-449.
- Chambless, D.L., Tran, G.Q. & Glass, C.R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 221-240.
- Chiesa, M., Drahorad, C. & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treatment in a psychotherapy hospital. *British Journal of Psychiatry*, 177, 107-111.
- Cierpka, M. & Strauß, B. (1994). Trends in der empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 39, 174-176.
- Cierpka, M. (1997). Paar- und Familienbeziehungen als Ressourcen bei medizinischen Interventionen. In R. Herold, J. Keim, H. König & C. Walker (Hrsg.), *"Ich bin doch krank und nicht verrückt". Moderne Leiden - Das verleugnerte und unbewußte Subjekt in der Medizin* (S. 210-223). Tübingen: Attempto Verlag.
- Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2004). The Influence of Client Variables on Psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.) (pp. 194-226). New York: Wiley & Sons.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Erlbaum.

- Coker, S., Vize, C., Wade, T. & Copper, P.J. (1993). Patient with bulimia nervosa who fail to engage in cognitive behavior therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 35-40.
- Cooper, P.J., Coker, S. & Fleming, C. (1994). Self-help for bulimia nervosa: A preliminary report. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 401-404.
- Coyne, J.C., Ellard, J.H. & Smith, D.A.F. (1990). Social Support, interdependence, and the dilemmas of helping. In B.R. Sarason, I.G. Sarason & G.R. Pierce (Eds.) *Social Support: An interactional view* (pp- 129-149). New York: Wiley & Sons.
- Cronbach, L.J. & Snow, R.E. (1977). *Aptitudes and instructional methods*. New York: Irvington.
- Davies-Osterkamp, S., Strauss, B. & Schmitz, N. (1996). Interpersonal problems as predictors of symptom-related treatment outcome in longterm psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 6, 164-176.
- Davison, G.C. & Neale, J.M. (1998). *Klinische Psychologie* (5. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Deppe-Schmitz, U. (2008). *Ressourcenrealisierung und Therapieerfolg von alkoholabhängigen Patienten*. Unveröffentlichte Dissertation. TU Braunschweig.
- De Shazer, S. (1985). *Anamnestischer Elternfragebogen*. Weinheim: Beltz.
- De Shazer, S. (1989). *Wege erfolgreicher Kurztherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G. & Mombour, W. (1980). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. Berlin: Springer.
- Deter, H. (1990). Der Langzeiterfolg einer stationären psychosomatischen Therapie, aus der Sicht von Patienten und Therapeuten. In A. Hellwig & M. Schoof (Hrsg.), *Psychotherapie und Rehabilitation in der Klinik* (S. 177-187). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dick, A. (1999). *Die Beeinflussung von Glück und Wohlbefinden durch Psychotherapie*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern.
- Diener, E. & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935.
- Diguer, L., Barber, J.P. & Luborsky, L. (1993). Three concomitants: Personality disorders, psychiatric severity and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1246-1248.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Dodd, J.A. (1970). A retrospective analysis of variables related to duration of treatment in a university clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 151, 75-85.
- Durham, R.C., Allan, T. & Hackbett, C.A. (1997). On predicting improvement and relapse in generalized anxiety disorder following psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 101-119.

- Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 114-142). New York: Wiley & Sons.
- Epstein, E.E., McCrady, B.S., Miller, K.J. & Steinberg, M. (1994). Attrition from conjoint alcoholism treatment: Do dropouts differ from completers? *Journal of Substance Abuse*, 6, 249-265.
- Epstein, S. (1990). Cognitive experiential self-theory. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 165-192). New York: Guilford.
- Epstein, S. (1991). Cognitive-experiential self-theory: An integrative theory of personality. In R.C. Curtis (Ed.), *The rational self: Theoretical convergences in psychoanalysis and social psychology* (pp. 111-137). New York: Guilford.
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1993). *Hypnotherapie: Aufbau, Beispiele, Forschungen*. München: Reinhardt.
- Fava, G. (1999). Well-being therapy. Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171-179.
- Fava, G., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S. & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28, 475-480.
- Fay, T.A. & Russell, G.F.M. (1993). Outcome and prognostic variables in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 135-145.
- Feuerlein, W. & Küfner, H. (1989). A prospective multicentre study of in-patient treatment for alcoholics: 18- and 48-month follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 239 (3), 144-157.
- Fiedler, P. (1997). Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Von der allgemeinen zur phänomen- störungsspezifischen Behandlung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 7-39.
- Fiedler, P. (2004). Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeutenjournal*, 3, (1), 4-12.
- Fiester, A.R. & Rudestam, K.E. (1975). A multivariate analysis of early dropout process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 528-535.
- Fiorot, M., Boswell, P. & Murray, E.J. (1990). Personality and response to psychotherapy in depressed elderly women. *Behavior, Health, & Aging*, 1, 51-63.
- Flaskerud, J.H. & Liu, P.Y. (1991). Effects of an Asian client-therapist language, ethnicity and gender match on utilization and outcome of therapy. *Community Mental Health Journal*, 27, 31-42.
- Fliege, H., Rose, M., Bronner, E. & Klapp, B.F. (2002). Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 47-55.
- Flückinger, C. (2004). *Ressourcenpriming. Ein Modul zur Aufmerksamkeitslenkung von Therapeuten*. Unveröff. Manuskript. Universität Bern.

- Foppa, K. (1988). Über Möglichkeitsräume von Handlungen. *Psychologische Beiträge*, 30, 248-254.
- Ford, M.E. (1992). *Motivating humans*. Newbury Park, CA:Sage.
- Frank, J.D. (1974). Psychotherapy: The restoration of morale. *American Journal of Psychiatry*, 131, 271-274.
- Frank, J.D. (1981). *Der Heiler*. München: Klett-Cotta.
- Franke, G. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis*. Deutsche Version. Weinheim: Beltz.
- Franke, G. (2002). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis*. Deutsche Version (2. vollst. überarbeitete und neu normierte Aufl.). Göttingen: Beltztest.
- Franke, G. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R)*. Deutsche Version. Manual. Weinheim: Beltz.
- Frese, M. & Mohr, G. (1978). Die psychopathologischen Folgen des Entzugs von Arbeit: Der Fall Arbeitslosigkeit. In M. Frese, S. Greif & N. Semmer (Hrsg.), *Industrielle Psychopathologie* (S. 282-320). Bern: Huber.
- Fujino, D.C., Okazaki, S. & Young, K. (1994). Asian-American women in the mental health system: An examination of ethnic and gender match between therapist and client. Special issue: Asian-American mental health. *Journal of Community Psychology*, 22, 164-176.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th edition) (pp.199-228). New York: Wiley & Sons.
- Gasiet, S. (1981). *Menschliche Bedürfnisse. Eine theoretische Synthese*. Frankfurt/M.: Campus.
- Gassmann, D. & Grawe, K. (2004). Die Messung intrapersonaler Ressourcen im Therapieprozess: Ergebnisse der Mikroprozessanalyse KMP. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 36 (1), 63-72.
- Gassmann, D. & Grawe, K. (2006). General Change Mechanisms. The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13 (1), 1-11.
- Geiser, F., Bassler, M., Bents, H., Carls, W., Joraschky, P., Michelitsch, B., Paar, G., Ullrich, J. & Liedtke, R. (2002). Bewertung des Therapieerfolgs durch Patienten mit Angststörungen nach stationärer Psychotherapie. *Nervenarzt*, 73, 59-64.
- Geiser, F., Bassler, M., Bents, H., Carls, W., Joraschky, P., Kriebel, R., Michelitsch, B., Ullrich, J. & Liedtke, R. (2003). Zusammenhang der Arbeitsunfähigkeit vor Therapiebeginn mit dem Störungsgrad und Therapieerfolg bei stationären Angstpatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 185-190.
- Geiser, F., Imbierowicz, K., Conrad, R., Schilling, G. & Liedtke, R. (2001). Zur Unterscheidung von „geheilten“ und gebesserten“ sowie von „unveränderten“ und verschlechterten“ Patienten in einer Therapieerfolgsstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47, 250-261.

Gerdes, N. (1993). *Bewirken Reha-Maßnahmen eine Abnahme der Arbeitsunfähigkeit?* Stuttgart: Thieme.

Giger, E. (2002). *Ressourcen zur Bewältigung des Alltags*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Universität Bern.

Gitlin, M.J., Swendsen, J., Heller, T.L. & Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1635-1640.

Gove, W.R., Style, C.B. & Hughes, M. (1990). The effects of marriage on the well-being of adults. *Journal of Family Issues*, 11, 4-35.

Grawe, K. (1987). *Schema-Theorie und Heuristische Psychotherapie* (2. Aufl.). Forschungsbericht. Universität Bern.

Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: J. Margraf & J.C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 215-244). München: Röttger.

Grawe, K. (1995). Grundriss der Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.

Grawe, K. (1997). „Moderne Verhaltenstherapie“ oder allgemeine Psychotherapie? *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 137-159.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (1999). Kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31 (2), 185-199.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., Caspar, F., Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19 (4), 338-361.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., Grawe-Gerber, M., Heiniger, B., Ambühl, H. & Caspar, F. (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung. Eine Anleitung für Therapeuten. In F. Caspar (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse* (S. 189-224). Tübingen: dgvt-Verlag.

Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63-73.

Grawe, K., Regli, D., Smith, E. & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse – ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31 (2), 201-225.

Greenberg, M.D., Craighead, W.E., Evans, D.D. & Craighead, L.W. (1995). An investigation of the effects of comorbid Axis II pathology on outcome of inpatient treatment for unipolar depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17, 305-321.

- Greenspan, M. & Kullish, N.M. (1985). Factors in premature termination in long term psychotherapy. *Psychotherapy*, 22, 75-82.
- Groen, G. & Petermann, F. (2000). Kontrolle des Therapieverlaufs und -erfolgs bei depressiven Störungen, *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 48, 185-204.
- Grosse-Holforth, M. & Grawe, K. (2000). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 29, 170-179.
- Grosse-Holforth, M. & Grawe, K. (2004). Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 36 (1), 9-21.
- Gunderson, J.G., Frank, A.F., Ronningstam, E.F., Wachter, S., Lynch, V.J. & Wolf, P.J. (1989). Early discontinuance of borderline clients from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(1), 38-42.
- Gutscher, H., Hornung, R. & Flury-Kleuber, P. (1998). Das Transaktionspotentialmodell: Eine Brücke zwischen salutogenetischer und pathogenetischer Sichtweise. In J. Margraf, S. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto-versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 49-72). Berlin: Springer.
- Hansen, N.B., Lambert, M.J. & Forman, E.M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implication for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Hardy, G.E., Barkham, M., Shapiro, D.A., Reynolds, S. & Rees, A. (1995). Credibility and outcome in cognitive-behavioural and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 555-569.
- Hardy, G.E., Barkham, M., Shapiro, D.A., Stiles, W.B., Rees, A. & Reynolds, S. (1995). Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 997-1003.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala*. Göttingen: Hofgrefe.
- Heinz, M. (2003). *Seelische Gesundheit, Ressourcen und Wohlbefinden*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Universität Bern.
- Henkel, R. (1985). Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Süchtiges Verhalten – Grenzen und Grauzonen im Alltag, 27, 221-237.
- Heuser, J. & Rief, W. (1999). Psychologische Tätigkeiten in der psychosomatischen Klinik. In W. Rief (Hrsg.): *Psychologie in der Klinik. Leitfaden für die berufliche Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Hill, C.E. & Lambert, M.J. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.) (pp. 84-135). New York: Wiley & Sons.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (1998). *Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK): Grundlagen, Durchführung, Materialien* (3. Aufl.). Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Hoberman, H.M., Lewinsohn, P.M. & Tilson, M. (1988). Group treatment of depression: Individual predictors of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 393-398.

Hobfoll, S.E. & Vaux, A. (1993). Social Support: Social resources and the social context. In L. Goldberger & B. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (pp. 685-705). New York: The Free Press.

Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.

Holahan, C.J., Holahan, C.K., Moos, R.H. & Brennan, P.L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14, 152-163.

Holahan, C.J. & Moos, R.H. (1986). Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 739-747.

Hollederer, A. & Brand, H. (2006). *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.

Holzmann, H., Nabitz, U. & Zeltner, G. (1984). Veränderungen der Lebenssituation bei Alkoholabhängigen nach stationärer Therapie. *Suchtgefahren*, 39 (3), 190-202.

Hornung, R. & Gutscher, H. (1994). Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 65-87). Stuttgart: Enke.

House, J.S. & Kahn, R. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). Orlando: Academic Press.

House, J.S., Robbins, C. & Metzner, H.L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.

Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S. & Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.

Howard, K.I., Lueger, R.J., Mailing, M.S. & Martinovich, Z. (1992). *A phase theory of psychotherapy*. Annual International Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, USA.

Hu, Y. & Goldmann, N. (1990). Mortality differentials by marital status: An international comparison. *Demography*, 27, 233-250.

Huber, D., Brandl, T., Henrich, G. & v. Rad, M. (2003). Zufriedenheit und Therapieakzeptanz nach einem psychosomatisch-psychotherapeutischen Beratungsgespräch. Eine prospektive Feldstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), 85-93.

Huber, D., Klug, G. & von Rad, M. (2001). Die Münchner Prozess-Outcome-Studie - Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In U. Stühr, M. Leuzinger-Bohleber & M. Beutel (Hrsg.), *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (S. 260-270). Stuttgart: Kohlhammer.

Itten, S., Tröskén, A. & Grawe, K. (2004). Fallkonzeption und Therapieplanung in der Psychologischen Therapie: Ein Beispiel. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 36 (1), 23-40.

- Jack, M. (2001). *Entwicklung eines ressourcen- und selbstmanagement-orientierten Evaluationsinstrumentes zur psychotherapeutischen Informationsgewinnung und Qualitätssicherung in der stationären Psychosomatik*. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Jacob, G. & Bengel, J. (2002). Patientenzufriedenheit in der medizinische Rehabilitation: Der Einfluss von Erwartungen, Depressivität, Lebenszufriedenheit und subjektiver Gesundheit. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23 (4), 401-418.
- Jacobi, F., Hoyer, J. & Wittchen, H.-U. (2004). Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheits surveys. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(4), 251-260.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 12-19.
- Janke, W., Erdmann, G. & Boucsein, W. (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen (SFV). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stressleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Junge, A. & Ahrens, S. (1996). Stationäre psychosomatische Behandlung, Patientenmerkmale und Behandlungserfolg. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46, 430-437.
- Kadera, S.W., Lambert, M.J. & Andrews, A.A. (1996). How much therapy is really enough? A session-by-session analysis of the psychotherapy dose-effect relationship. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 132-151.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die Klinische Praxis* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Karpel, M.A. & Brauers, W.R. (1986). Family resources. The hidden partner in family therapy. New York: Guilford.
- Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L. & Schaap, C.P.D.R. (1994). Predictors of treatment outcome in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 781-786.
- Kemp, B., Corgiat, M. & Gill, C. (1992). Effects of brief cognitive-behavioral group psychotherapy with older persons with and without disabling illness. *Behavior Health and Aging*, 2, 21-28.
- Kendall, P.C., Holmbeck, G. & Verduin, T. (2004). Methodology, Design, and Evaluation in Psychotherapy Research. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.) (pp 16-43). New York: Wiley & Sons.
- Kepplinger, J. (1998). Krebskrankheit und Partnerschaft - Eine Übersicht: Partner und Partnerschaft als Ressource für den Patienten. In U. Koch & J. Weis (Hrsg.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Der Förderschwerpunkt "Rehabilitation von Krebskranken"* (S. 91-106). Stuttgart: Schattauer.

- Kielstein, V., Kapelle, G. & Herbst, K. (1995). Prädiktoren des Therapieerfolgs bei ambulant/tagesklinisch behandelten Alkoholabhängigen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 18, 49-54.
- Klemenz, B. (2003a). *Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Klemenz, B. (2003b). Ressourcenorientierte Kindertherapie. *Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie*, 52, 297-315.
- Kobelt, A. (2006). Sozialmedizinische Probleme in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* (3), 224-231.
- Koch, U. & Schulz, H. (1999). Psychosomatische Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 49, 293-294.
- Kocsis, S.M., Frances, A.J., & Voss, C. (1988). Imipramine treatment of chronic depression. *Archives of General Psychiatry*, 45, 253-257.
- Köhler, T. (1995). *Psychosomatische Krankheiten* (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kohli, M. & Szydlík, M. (2000). *Generationen in Familie und Gesellschaft*. Opladen: Leske & Budrich.
- Koppenhöfer, E. (2004). *Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Lengerich: Pabst.
- Kopta, S.M., Howard, K.I., Lowry, J.L. & Beutler, L.E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009-1016.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kriz, J. (2000). Perspektiven zur „Wissenschaftlichkeit“ von Psychotherapie. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 43-66). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Flohrschütz, T. (1986). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestic Ergebnisse. *Suchtgefahren*, 32 (1), 1-85.
- Kulik, J.A. & Mahler, H.I.M. (1993). Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary bypass surgery: A longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 45-63.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J.C. Norcross & M.R. Goldfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M.J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.), New York: Wiley & Sons.

Lambert, M.J. & Hill, C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 72-113). New York: Wiley & Sons.

Lambert, M.J. & Anderson, E.M. (1996). Assessment for the time-limited psychotherapies. In L.J. Dickstein, M.B. Riba & J.M. Oldham (Eds.), *Review of Psychiatry*, 15 (pp. 23-42). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Lambert, M.J., Hansen, N.B. & Finch, A.E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159-172.

Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.) (pp. 139-193). New York: Wiley & Sons.

Lambert, W., Salzer, M.S. & Bickmann, L. (1998). Clinical outcome, consumer satisfaction, and ad hoc ratings of improvement in children's mental health. *Journal of consulting and Clinical Therapy*, 66, 270-279.

Lazarus, A. (1993). Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy*, 30, 404- 407.

Lazarus, R.S. & Folkmann, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lazarus, R.S. & Folkmann, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.

Leibbrand, R., Schröder, A., Hiller, W. & Fichter, M.M. (1998). Komorbide Persönlichkeitsstörungen: Ein negativer Prädiktor für den Therapieerfolg bei somatoformen Störungen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27 (4), 227-233.

Leidig, S. (2003). *Arbeitsbedingungen und psychische Störungen*. Lengerich: Pabst.

Leppin, A. & Schwarzer, R. (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Hrsg.) *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch*, (2. Aufl.) (S. 349-373) Göttingen: Hogrefe.

Leppin, A. (1994). *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens. Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen*. Weinheim: Juventa.

Leppin, A. (1997). Stresseinschätzungen, Copingverhalten und Copingerfolg: Welche Rolle spielen Ressourcen? In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwartz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 196-208). Weinheim: PVU.

Lienert, G.A. (1989). *Testaufbau und Testanalyse* (4. neu ausgestattete Aufl.). Weinheim: Beltz.

Lindenmeyer, J. (1997). *Manual zur Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen*. Unveröffentlichtes Manuskript. Salus Klinik Lindow.

Lindenmeyer, J. (1999). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hofgrete.

Lindenmeyer, J. & Kolling, R. (2003). *Jahresbericht 2003*. Salus Klinik Lindow.

- Löhr, C., Schewe, K., Baudach, M. & Hahlweg, K. (2003). Zum Zusammenhang von Partnerschaftsqualität und Therapieerfolg bei agoraphobischen Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (1), 10-13.
- Lopez, S.J. & Snyder, C.R. (2002). *The handbook of positive psychological assessment*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Löschmann, C. (2000). *Multizentristische Studie zur Evaluation von Entwöhnungsbehandlungen. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker*. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Singer, J. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Lueger, R.J. (1995). Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 267-278.
- Lutz, R. & Mark, N. (1995). Zur Gesundheit bei Kranken. In R. Lutz & N. Mark (Hrsg.), *Wie gesund sind Kranke?* (S. 11-24). Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, R. (1983). Genuss und Genießen. In R. Lutz (Hrsg.), *Genuss und Genießen*, (S.11-18). Weinheim: Beltz.
- MacDonald, A.J. (1994). Brief therapy in adult psychiatry. *Journal of Family Therapy*, 16, 415-426.
- Marks, I.M. (1975). Behavioral treatments of phobic and obsessive-compulsive disorders: A critical appraisal. In J. Hersen (Ed.), *Progress in Behavior Modification*. New York: Academic Press.
- Maslow, A.H. (1977). *Motivation und Persönlichkeit*. Olten: Walter-Verlag AG.
- McCusker, J. (1995). Outcomes of a 21-day drug detoxification program: Retention, transfer to further treatment, and HIV risk reduction. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, 1-16.
- McLellan, A.T., Alterman, A.I., Metzger, D.S., Grissom, G.R., Woody, G.E., Luborsky, L. & O'Brien, C.P. (1994). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatment services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1141-1158.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., Druley, K.A. & O'Brien, C.P. (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: Role of psychiatry severity. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620-625.
- Meermann, R. & Vandereycken, W. (1996). *Verhaltenstherapeutische Psychosomatik*. (2.Aufl.). Stuttgart: Schattbauer.
- Mestel, R., Rudolf, A., Held, M. & Wittmann, W.W. (1996). In VDR (Hrsg.): *Evaluation in der Rehabilitation. DRV-Schriften Band 6* (S. 154-155). Frankfurt: VDR.

- Michalak, J.; Kosfelder, J., Meyer, F., & Schulte, D. (2003). Messung des Therapieerfolgs. Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), 94-103.
- Mohr, G. (1990). Arbeit und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 229-244). Göttingen: Hogrefe.
- Mohr, G. (1997): *Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit*. Frankfurt a.M.: Lang.
- Moser, K. & Paul, K. (2001). Arbeitslosigkeit und seelische Gesundheit. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33 (3), 431-442.
- Nestmann, F. (1996). Psychosoziale Beratung – ein ressourcentheoretischer Entwurf. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 28 (3), 359-376.
- Neuenschwander, M. (2001). *Die Bedeutung von personalen Ressourcen, sozialen Stressoren und sozialer Vernetzung für die Gesundheit junger Erwachsener*. Berlin: VWB.
- Nosper, M. (1999). *Psychosomatische Rehabilitation. Untersuchungen zur Ergebnis- und Prozessqualität von Einzel- und Gruppenpsychotherapien*. Berlin: Logos.
- Nübling, R. (2006). Aktuelles aus der Forschung: Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften des Bundesforschungsministerium und der Deutschen Rentenversicherung 1998-2006. Auserwählte Studien mit Psychotherapierelevanz. *Psychotherapeutenjournal* (3), 273-276.
- Nübling, R., Schmidt, J. & Wittmann, W. (1999). Langfristige Ergebnisse Psychosomatischer Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 343-353.
- Oesch, M.A. (2002). *Ressourcen in der Psychotherapie*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Universität Bern.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 270-376). New York: Wiley & Sons.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.) (pp 307-389). New York: Wiley & Sons.
- Paar, G.H. & Kriebel, R. (1999). Psychosomatische Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 295-301.
- Pearlin, L.I. & Liebermann, M.A. (1979). Social Sources of emotional distress. In R. Simmons (Ed.), *Research in community and mental health* (pp. 217-248). Greenwich: JAI.
- Peseschkian, N. (1977). *Positive Psychotherapie: Theorie und Praxis einer neuen Methode*. Frankfurt a.M.: Fischer.

Petry, N.M., Tennen, H. & Affleck, G. (2000). Stalking the elusive client variable in psychotherapy research. In C.R. Snyder & R.E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century* (pp. 88-108). New York: Wiley & Sons.

Petzold, H. (1997). Das Ressourcenkonzept in der sozial-interventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie*, 23, 435-471.

Regli, D., Bieber, K., Mathier, F. & Grawe, K. (2000). Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21, 399-420.

Regli, D., Trösken, A., Brunner, S., Landowski, K. & Grawe, K. (2006). *Das Berner Wirkfaktoreninventar: Der Ressourcenfragebogen*. Vortrag im Rahmen des Symposiums Emotionen Ressourcen und Beziehungen als zentrale Inkongruenzquellen. 16. DGVT-Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung 2006, Berlin.

Reinecker, H. (1994). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Reynolds, C.F., Frank, E., Houck, P. & Mazumdar, S. (1997). Which elderly clients with remitted depression remain well with continued interpersonal psychotherapy after discontinuation of antidepressant medication? *American Journal of Psychiatry*, 154 (7), 958-962.

Reynolds, C.F., Frank, E., Perel, J.M., Imber, S.D., Cornes, C., Miller, M.D., Mazumdar, S., Houck, P.R., Dew, M.A., Stack, J.A., Pollock, B.G. & Kupfer, D.J. (1999). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. *Journal of the American Medical Association*, 281, 39-45.

Riedel, W. (1991). Einige Patientenmerkmale als Determinanten des Therapieerfolgs in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 37 (1), 14-30.

Riehl, A. (1986). Influence of partnership on the outcome of psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45 (1), 37-45.

Riman, M. & Udris, I. (1994). *Belastungen abbauen, Ressourcen ausbauen: Ein arbeitspsychologischer Beitrag zur Gesundheitspsychologie*. Referat auf dem 7. Dresdner Symposium für Psychologie. Technische Universität Dresden, 8.-10. September 1994.

Rode, I. (1987). Therapie-Erfolge bei Psychosomatikern. Eine katamnestische Studie. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 18 (1), 27-35.

Rogers, C.R. (1951). *Client-centered psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C.R. (1983). *Die klientenorientierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt a.M.: Fischer.

Rook, K.S. (1984). The negative side of social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1097-1108.

Rossiter, E.M., Agras, W.S., Telch, C.F. & Schneider, J.A. (1993). Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 349-357.

- Rowland, J.H. (1990). Interpersonal resources: Social support. In J.C. Holland & J.H. Rowland (Eds.) *Handbook of psychooncology* (pp. 58-71). New York: Oxford University Press.
- Rüddel, H., Jürgensen, R., Terporten, G. & Mans, E. (2002). Vergleich von Rehabilitationsergebnissen aus einer psychosomatischen Fachklinik mit integriertem vollstationären und teilstationären Rehabilitationskonzept. *Die Rehabilitation*, 41, 189-191.
- Rude, S.S. & Rehm, L.P. (1991). Response to treatment of depression: The role of initial status on targeted cognitive and behavioral skills. *Clinical Psychology Review*, 11, 493-514.
- Ruf, H. (2003). *Die Zusammenführung anfänglicher Ressourcen und späterem Therapieerfolg in der stationären Rehabilitationsbehandlung Alkoholabhängiger*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Technische Universität Berlin.
- Rüger, U. & Senf, W. (1994). Evaluative Psychotherapieforschung: Klinische Bedeutung von Psychotherapie-Katamnesen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 40, 103-116.
- Sack, M., Künsebeck, H.-W. & Lamprecht, F. (1997). Kohärenzgefühl und psychosomatischer Behandlungserfolg. Eine empirische Untersuchung zur Salutogenese. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 47, 149-155.
- Sack, M., Lempa, W., Lamprecht, F. & Schmitt-Ott, G. (2003). Therapieziele und Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 63-73.
- Sampson, H. & Weiss, J. (1986). Testing hypotheses: The approach of the Mount Zion Psychotherapy Research Group. In L.S. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 591-613). New York: Guilford Press.
- Sandweg, R., Bernardy, K. & Riedel, H. (2001). Prädiktoren des Behandlungserfolgs in der stationären psychosomatischen Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 394-402.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV* (Übersetzung nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association). Göttingen: Hofgrefe.
- Sato, T., Sakado, K., Sato, S & Morikawa, T. (1994). Cluster A personality disorder: A marker of worse treatment outcome of major depression? *Psychiatry Research*, 53 (2), 153-159.
- Schauenburg, H. & Strack, M. (1999). Die Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 48, 257-264.
- Schauenburg, H., Sammet, I. & Strack, M. (2001). Verlauf der Symptombelastung und Vorhersage des Behandlungserfolgs in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47, 380-395.
- Scheib, P. (2000). *Wechselspiel körperlicher, psychologischer und sozialer Variablen im Verlauf psychotherapeutischer Behandlung bei Morbus Crohn. Eine empirische Untersuchung zur Komplexität des psychosomatischen Krankheitsprozesses*. Frankfurt a. M.: VAS Verlag für Akademische Schriften.

Scheithauer, H. & Petermann, F. (2000). Die Ermittlung der Wirksamkeit und Effektivität psychotherapeutischer Interventionen: Eine internationale Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48 (3), 211-233.

Schiepek, G. & Cremers, S. (2003). Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 147-194). Tübingen: dgvt-Verlag.

Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schiepek, G. (2000). Perspektiven der Psychotherapieforschung. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 67-91). Tübingen: dgvt-Verlag.

Schlesinger, H.J. (1988). A historical overview of conceptions of the mode of therapeutic action of psychoanalytic psychotherapy. In A. Rothstein (Ed.), *How does treatment help? On the modes of therapeutic action of psychoanalytic psychotherapy* (pp. 7-27). Madison, CT: International Universities Press.

Schmidt, J. (1991). *Evaluation einer psychosomatischen Klinik*. Frankfurt a.M.: VAS Verlag für Akademische Schriften.

Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S. & Wittmann, W.W. (2003). *Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation –Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien*. Regensburg: Roderer.

Schmitt, M., Maes, J. & Seiler, U. (2001). Meßäquivalenz und strukturelle Invarianz von Indikatoren der seelischen Gesundheit bei Ost- und Westdeutschen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22 (2), 87-99.

Schröder, K. & Schwarzer, R. (1997). Bewältigungsressourcen. In C. Tesch-Römer, Ch. Salewski & G. Schwarz, (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 174-195). Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.

Schröder, K. (1997). Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.) *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch* (2. Auflage) (S. 319-347). Göttingen: Hogrefe.

Schuler, H. (1995). *Organisationspsychologie*. Bern: Huber.

Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.

Schulz, H., Lotz-Rambaldi, W., Koch, U., Jürgensen, R. & Rüddel, H. (1999). 1-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 49, 114-130.

Schulz, W. & Vogler (1983). *Praxis der Kopfschmerztherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.

Schulz, W. (1984). Analyse negativer Therapieeffekte und Probleme der Kontraindikation. In: G. Jüttermann (Hrsg.). *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik* (S. 149-168). Göttingen: Hogrefe.

Scogin, F. & McElreath, L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 62, 69-73.

Seidenstücker, G. (1984). Indikation in der Psychotherapie: Entscheidungsprozesse – Forschung – Konzepte und Ergebnisse. In L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie* (2. Aufl.) (S. 433-511). Stuttgart: Enke.

Seligman, M.E. (2002). Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy. In C.R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.

Seligmann, M.E. & Rosenhan, D.I. (1997). *Abnormality*. New York: W.W. Norton & Company.

Shapiro, D.A. (1995). Finding out how psychotherapy works. *Psychotherapy Research*, 5, 1-17.

Shapiro, D.A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G., Reynolds, S. & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522-534.

Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Collins, J.F., Elkin, I., Sotsky, S.M. & Docherty, J.P. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 147, 711-718.

Skodol, A.E., Buckley, P. & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(7), 405-410.

Sledge, W.H., Moras, K., Hartley, D. & Levine, M. (1990). Effects of time-limited psychotherapy on client dropout rates. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1341-1347.

Smith, E. (2001). *Produktive Psychotherapiesitzungen. Eine Untersuchung von Rückkopplungsprozessen in der Psychologischen Psychotherapie*. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Bern.

Smith, E., Regli, D. & Grawe, K. (1999). Wenn Therapie weh tut - Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 31 (2), 227-251.

Smith, M.L., Glass, G.W.V. & Miller, T.L. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Sommer, G. & Fydrich, K. (1988). *Soziale Unterstützung. Überblick über diagnostische Verfahren und Entwicklung eines Fragebogens*. Berichte aus dem Fachbereich Psychologie der Philips-Universität Marburg.

Sotsky, S.M., Glass, D.R., Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Collins, J.F., Elkin, I., Watkins, J.T., Imber, S.D., Leber, W.R., Moyer, J. & Oliveri, M.E. (1991). Client predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148(8), 997-1008.

Sperry, L. & Carlson, J. (1992). The impact of biological factors on marital functioning. *The American Journal of Family Therapy*, 20, 145-156.

- Spyra, K., Bentz, J., Hansmeier, H., Irler, H. & Müller- Fahrnow, W. (2001). Psychosomatische Rehabilitation. In H.-C. Deter (Hrsg.), *Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Chancen einer biopsychosozialen Medizin* (S. 252-266). Göttingen: Huber.
- Steele, C.M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 21) (pp. 261-302). New York: Academic Press.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W.W. & Nübling, R. (2007). *Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation*. Bern: Huber.
- Stelzl, I. (1980). *Fehler und Fallen in der Statistik*. Bern: Huber.
- Strupp, H.H., Hadley, S.W. & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: The problem of negative effects*. New York: Jason Aronson.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton Press.
- Süß, H.M. (1988). *Evaluation von Alkoholismustherapie*. Bern: Huber.
- Tammen, M. (1991). *Bedeutung der Arbeitsunfähigkeitsdauer für die Erfolgsaussichten medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen. Deutsche Rentenversicherung* 2-3, 141-154.
- Tausch, R. (1979). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Tcheng- Laroche, F. & Prince, R. (1983). Separated and divorced women compared with married controls. *Social Science and Medicine*, 17, 95-105.
- Tesch - Römer, C., Salewsky, C. & Schwarz, G. (1998). *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Beltz.
- Thase, M.E., Frank, E., Kornstein, S. & Yonkers, K.A. (2000). Gender differences in response to treatments depression. In E. Frank (Ed.), *Gender and its effects on psychopathology* (pp. 103-129). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Thompson, L.W., Gallagher, D. & Czirr, R. (1988). Personality disorder and outcome in the treatment of late-life depression. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 133-146.
- Thompson, L.W., Gallagher, D. & Breckenridge, J.S. (1990). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 385-390.
- Tiffany, D.W., Cowan, J.R. & Tiffany, P.M. (1970). *The Unemployed: A social-psychological portrait*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Trösken, A. (2000). *RES-Fragebogen zur Ressourcenselbsteinschätzung*. Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Bern.
- Trösken, A. (2002). *Das Berner Ressourceninventar. Ressourcenpotentiale und Ressourcenrealisierung aus konsistenztheoretischer Sicht*. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Bern.

- Trösken, A. & Grawe, K. (2003). Das Berner Ressourceninventar. Instrument zur Erfassung von Patientenressourcen aus der Selbst- und Fremdbeurteilungsperspektive. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 195-215). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Trösken, A. & Grawe, K. (2004). Ressourcenpotentiale und –realisierung für Psychologische Therapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 36 (1), 51-62.
- Turner, R.M. (1987). The effects of personality disorder diagnosis on the outcome of social anxiety symptom reduction. *Journal of Personality Disorders*, 1, 136-143.
- Udris, I., Kraft, U., Mulheim, M., Mussmann, C. & Rimann, M. (1992). Ressourcen der Salutogenese. In H. Schröder & K. Reschke (Hrsg.), *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 85-103). Regensburg: Roderer.
- Uexküll, T. v. (1990). *Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Verbrugge, L.M. (1979). Marital status and health. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 267-285.
- Viehauser, R. (2000). *Förderung salutogener Ressourcen. Entwicklung und Evaluation eines gesundheitspsychologischen Trainingsprogramms*. Regensburg: Roderer.
- Vögele, C. (1998). Klinische Psychophysiologie: Psychophysiologische Methoden in der Diagnostik und Therapie psychischer und psychophysiologischer Störungen. In F. Rösler (Hrsg.), *Ergebnisse und Anwendungen der Psychophysiologie. Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich C: Theorie und Forschung, Serie I: Biologische Psychologie, Band 5* (S. 573-618). Göttingen: Hogrefe.
- Walter, J. & Peller, J. (1994). *Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Weise, G. (1975). *Psychologische Leistungstests*. Göttingen: Hogrefe.
- Weiß, J. (1999). *Stressbewältigung und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Weiß, J., Schneewind, K.A. & Olson, D.H. (1995). Die Bedeutung von Stressoren und Ressourcen für die psychische und physische Gesundheit- ein multisystemischer Ansatz: Stressbewältigung und Gesundheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 1995, 3 (3), 165-182.
- Weithmann, G., Hoffmann, M., Rothenbacher, H. (2000). Lebenskontexte von stationär und ambulant behandelten Personen mit Alkoholproblemen. Eine Untersuchung mit dem Life Stressors and Social Resources Inventory (LISRES). *Sucht* 46 (2), 142-152.
- Wiesemann, C. (2002). *Stationäre versus ambulante Verhaltenstherapie-Settings*. Regensburg: Roderer.
- Wietersheim, J. v., Schiller, A., Rodewig, K. & Jantschek, G. (1993). Die Klassifikation der „klassischen“ psychosomatischen Erkrankung in der ICD-10. In W. Schneider, H.J. Freyberger, A. Muhs & G. Schüßler (Hrsg.), *Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kap. V* (S. 185-199). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Willer, B. & Miller, G.H. (1978). On the relationship of client satisfaction to client characteristics and outcome of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 157-160.

Willutzki, U. (2000a). Ressourcenorientierung in der Psychotherapie – eine »neue« Perspektive? In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 193-212). Tübingen: dgvt-Verlag.

Willutzki, U. (2000b). Positive Perspektiven in der Psychotherapie. Unveröffentlichte Habilitationsschrift. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.

Willutzki, U. (2003). Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 91-110). Tübingen: dgvt-Verlag.

Wittchen, H.-U. & Vossen, A. (1995). Implikationen von Komorbidität bei Angststörungen Ein kritischer Überblick. *Verhaltenstherapie*, 15 (3), 120-133.

World Health Organisation (1978). *Mental disorders: Glossary and Guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International Classification of Diseases (ICD-9)*. Genf: World Health Organisation.

World Health Organisation (1991). *Tenth Revision of the International Classification of Disease, Chapter V (F): Mental and Behavioural Disorders (including disorders of psychological development). Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Genf: World Health Organisation.

Wüsten, G. (2006). *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie. Entwicklung einer Praxisanleitung und Fokussierung der Ressourcenperspektive*. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Bern.

Zerssen, D. v. (1976). *Die Beschwerden-Liste*. Weinheim: Beltz.

Ziegenrucker, H., Junge, A. & Ahrens, S. (1996). Interpersonale Probleme bei stationär behandelten psychosomatischen Patienten. *Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik*, 32, 22-41.

Zielke, M. (1993). *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.

Zielke, M. (1995). Arbeitsbelastungen und Krankheitsverläufe bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 8 (Heft 32), 271-281.

Zuroff, D.C., Blatt, S.J., Sotsky, S.M., Krupnick, J.L., Martin, D.J., Sanislow, C.A. & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 114-124.

Anhang

Anhang A Fragebögen

A1 RES-Fragebogen zur Ressourcenselbsteinschätzung

Fragebogen zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung (RES)

Dieser Fragebogen enthält Aussagen zu verschiedenen Bereichen, die allgemein in einem engen Zusammenhang stehen zu dem Wohlbefinden und der Lebenszufriedenheit von Menschen. All diese Aussagen beinhalten Verhaltensweisen oder Situationen, die Sie von *nie* über *zeitweise* bis hin zu *sehr häufig* erleben können.

Um anzugeben, wie häufig Sie dies jeweils erleben, kreuzen Sie bitte jeweils rechts **eine** der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten an. Für jeden Bereich ist durch "___" gekennzeichnet, wo die Häufigkeitsangabe ausgelassen worden ist. Bitte vervollständigen Sie an dieser Stelle in Gedanken die Aussage durch eine der Häufigkeitsaussagen.

Hier ist ein Beispiel für den Bereich "Wohlbefinden":

Beispiel: Während der letzten 4 Wochen habe ich mich zeitweise (3) wohl gefühlt, weil ich bei jemandem Geborgenheit und Sicherheit gefunden habe.

| | nie | | zeitweise | | sehr häufig | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <u>Während der letzten 4 Wochen</u> habe ich mich ____ wohl gefühlt, weil ... <i>ich bei jemandem Geborgenheit und Sicherheit gefunden habe.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Grundsätzlich gibt es hierbei keine "guten" oder "richtigen" Aussagen. Wichtig ist vielmehr, welche persönlichen Erfahrungen Sie in der letzten Zeit gemacht haben. Bitte überlegen Sie daher auch nicht, welche Antwort den "besten" Eindruck machen könnte. **Sie können sich darauf verlassen, daß alle Ihre Antworten vertraulich behandelt werden.**

Bitte überlegen Sie bei der Beantwortung der Fragen nicht zu lange. Im Zweifelsfall entscheiden Sie sich einfach für eine der Antwortmöglichkeiten. Vielleicht haben Sie zwischendurch den Eindruck, eine der Fragen in diesem oder in einem anderen Zusammenhang schon einmal beantwortet zu haben. Bitte beantworten Sie dennoch der Reihe nach alle Fragen und lassen Sie keine aus.

Vielen Dank!

I. Wohlbefinden

Bitte schätzen Sie ein, wie sehr die folgenden Situationen *während der letzten 4 Wochen* dazu beigetragen haben, daß Sie sich wohl gefühlt haben.

| <u>Während der letzten 4 Wochen</u> habe ich mich ____ wohl gefühlt, weil ... | | <i>nie</i> | <i>zeit weise</i> | | | | <i>sehr häufig</i> | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | <i>... ich bei jemandem Geborgenheit und Sicherheit gefunden habe.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <i>... ich mit Freunden oder Bekannten zusammen gewesen bin.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <i>... ich mit meiner/m PartnerIn oder meiner Familie zusammen gewesen bin.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | <i>... ich meinem Hobby nachgegangen bin.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | <i>... ich anregende und interessante Erlebnisse gehabt habe.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | <i>... ich etwas für meine Gesundheit und Fitneß getan habe.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | <i>... ich mir Zeit genommen habe, mich auf mich selbst zu besinnen.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | <i>... ich religiöse oder spirituelle Erlebnisse gehabt habe.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | <i>... ich mich bewusst entspannt habe.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | <i>... ich etwas erledigt habe, was schon seit einiger Zeit angestanden hat.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | <i>... ich etwas geleistet habe, auf das ich stolz sein kann.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | <i>... ich etwas besonders Schönes unternommen habe.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II. Bewältigung von alltäglichem Stress

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Möglichkeiten, im Alltag (z.B. während der Arbeit, im Haushalt usw.) mit stressigen Situationen fertig zu werden. Bitte beziehen Sie Ihre Antworten nur auf Ihre Erfahrungen *während der letzten 4 Wochen*.

| Wenn ich <u>während der letzten 4 Wochen</u> Stress im Alltag erlebt habe, dann hat es mir ____ geholfen, ... | | <i>nie</i> | | <i>zeit weise</i> | | <i>sehr häufig</i> | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | ... mir einen Überblick über die Situation zu verschaffen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | ... mich zu motivieren, indem ich mir meine Ziele oder Fortschritte vor Augen geführt habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | ... Gespräche zu suchen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | ... von anderen akzeptiert zu werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | ... mich zu entspannen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | ... Dampf abzulassen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | ... meinem Hobby oder meinen Interessen nachzugehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | ... meine Vorstellungen einzubringen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | ... mich abzugrenzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | ... mir etwas zu gönnen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | ... zu wissen, daß ich die Situation meistern kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | ... mich zurückzuziehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | ... zu wissen, daß die Belastung nur vorübergehend ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | ... mich mit der Situation abzufinden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III. Unterstützung im Alltag

Bitte beurteilen Sie bei den folgenden Fragen, auf welche Weise Sie *während der letzten 4 Wochen* im Alltag von anderen Menschen unterstützt worden sind.

| <u>Während der letzten 4 Wochen</u> habe ich im Alltag ____ Unterstützung erfahren, indem ... | | nie | | zeit weise | | sehr häufig | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | ... jemand etwas mit mir zusammen unternommen hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | ... mir jemand hilfreiche Kritik gegeben hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | ... mir jemand konkrete Perspektiven aufgezeigt hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | ... mir jemand konkrete Hilfe angeboten hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | ... mir jemand Vertrauen entgegen gebracht hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | ... jemand Rücksicht auf mich genommen hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | ... Personen um mich herum gut miteinander ausgekommen sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | ... mir jemand mitfühlend zugehört hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | ... mir jemand eine kleine Aufmerksamkeit erwiesen hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | ... mich jemand ermutigt hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | ... ich bei jemandem Dampf ablassen konnte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. Bewältigung früherer Krisen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf eine frühere Krise in Ihrem Leben, die Sie heute nicht mehr oder kaum noch belastet. *Beispiele* für solche Krisen können sein: Verlusterlebnisse (Trennungen von Partnern, Tod naher Angehöriger u.a.), einschneidende Lebensereignisse durch Unfälle, ernsthafte Erkrankungen (auch naher Angehöriger), einschneidende Erfahrungen im Berufsleben (Kündigung, Arbeitslosigkeit, örtliche Versetzungen u.a.). Bitte beurteilen Sie im folgenden, was Ihnen *in dieser Zeit aus heutiger Sicht* geholfen hat, mit der belastenden Situation umzugehen.

| In einer <u>früheren</u> Krise hat es mir ____ geholfen, ... | | nie | | zeit weise | | sehr häufig | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | ... meinen Alltag zu strukturieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | ... mir über meine Ziele klar zu werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | ... mir etwas zu gönnen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | ... mir Zeit für mich zu nehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | ... so sehr unter Druck zu kommen, daß ich etwas unternehmen musste. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | ... die Situation zu akzeptieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| In einer <u>früheren</u> Krise hat es mir ____ geholfen, ... | nie | | zeit weise | | Sehr häufig | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 ... meine Schwierigkeiten als Chance zu sehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 ... der Situation mit Humor zu begegnen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 ... Geduld zu haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 ... Kraft aus meinem Glauben oder meiner Spiritualität zu schöpfen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 ... zeitweise bewusst an etwas anderes zu denken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 ... mich mit Aktivitäten abzulenken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 ... professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 ...zu erleben, wie jemand anderes mit einer ähnlichen Situation umgegangen ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 ... meine Einstellung zu überdenken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 ... zu denken, daß es mir im Vergleich zu anderen Menschen immer noch gut geht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 ... zu weinen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 ... von anderen Menschen unterstützt zu werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

V. Situationen, die mit einem hohen Selbstwerterleben verbunden sind

Es gibt Zeiten, in denen man sich ausgesprochen unausgeglichene fühlt, an sich selbst zweifelt. Manche Situationen wiederum führen dazu, daß man *regelrecht stolz auf sich selbst* sein kann: man hat etwas geschafft, was einem zu Recht viel bedeuten kann. Im folgenden sind eine Reihe von Situationen aufgeführt, die bei vielen Menschen damit verbunden sind, daß sie stolz auf sich selbst sein können. Bitte beurteilen Sie jeweils, wie häufig Sie *während der letzten 4 Wochen* aufgrund dieser Situationen stolz auf sich selbst sein konnten.

| <u>Während der letzten 4 Wochen</u> bin ich ____ stolz auf mich gewesen, weil | nie | | zeit weise | | sehr häufig | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 ... ich für andere da gewesen bin, wenn sie mich brauchten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 ... ich von anderen Anerkennung bekommen habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 ... ich eine gute Leistung erbracht habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 ... ich eigene Ängste überwinden konnte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <u>Während der letzten 4 Wochen</u> bin ich ____ stolz auf mich gewesen, weil | | nie | | zeit weise | | sehr häufig | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5 | ... ich mir etwas gönnen konnte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | ... ich etwas für mein Wohlbefinden getan habe (Hobby, Sport...). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | ... ich mutig gewesen bin.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | ... ich alles ruhiger und gelassener als sonst genommen habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | ... ich mich auf eine wichtige Situation gut vorbereitet habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | ... ich meine Meinung gut vertreten konnte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | ... ich etwas Unangenehmes oder Aufgeschobenes erledigt habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | ... ich kreativ gewesen bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | ... ich mich gut konzentrieren konnte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VI. Persönliche Stärken und Fähigkeiten

Insgesamt nehmen Menschen viele und ganz unterschiedliche Seiten an sich wahr - und sind unterschiedlich zufrieden mit diesen Seiten. Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf *Aspekte, die Sie als eine Stärke von sich selbst erleben*: etwas, was Sie an sich besonders schätzen oder was Sie besonders gut können.

| Es ist ____ eine Stärke von mir, daß... | | nie | | zeit weise | | sehr häufig | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | ... ich ein Hobby oder besondere Interessen habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | ... ich geradlinig bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | ... ich offen für neue Erfahrungen bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | ... ich anderen Menschen Mitgefühl entgegenbringe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | ... ich zuversichtlich in die Zukunft schaue. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | ... ich viele schöne Sachen erleben kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | ... ich geduldig bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | ... ich temperamentvoll bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Es ist ____ eine Stärke von mir, daß... | | nie | | zeit weise | | sehr häufig | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9 | ... ich Phantasie habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | ... ich gut mit Menschen umgehen kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | ... ich gut Probleme lösen kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | ... ich selbstbewusst auftrete. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | ... ich den Dingen kritisch auf den Grund gehe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | ... ich eine rasche Auffassungsgabe habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | ... ich körperlich fit bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | ... ich mich attraktiv kleide. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | ... ich selbstständig für mich sorgen kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | ... ich einen guten Geschmack habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | ... ich zu meinen Schwächen stehen kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | ... ich Humor habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | ... ich zielstrebig handle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VII. Gegenwärtige Beziehungen

Bitte beziehen Sie die folgenden Fragen auf Ihre *derzeitige Beziehung zu Ihrer/m festen PartnerIn*. Sollten Sie zur Zeit nicht in einer festen Beziehung leben, so beziehen Sie die folgenden Fragen bitte auf eine Ihnen sehr nahestehende Person.

Welche Person steht Ihnen zur Zeit am nächsten?

| | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PartnerIn | <input type="checkbox"/> FreundIn | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Schwester | <input type="checkbox"/> Bruder |
| <input type="checkbox"/> eigenes Kind | | <input type="checkbox"/> andere _____ | | | |

| Meine Beziehungen zu _____ ist <u>zur Zeit</u> ____ dadurch gekennzeichnet, daß... | nie | | teil- weise | | sehr häufig | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 ... wir Verständnis für einander haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 ... wir uns vertrauen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 ... wir gerne miteinander Gespräche führen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 ... wir den Kontakt zueinander aufrecht erhalten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 ... wir uns durch unsere Unterschiede gegenseitig anregen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 ... wir einen ähnlichen Humor haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 ... wir ähnliche Ansichten oder Interessen haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 ... wir ähnliche Erfahrungen in der Vergangenheit gemacht haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 ... sie/ er ein Vorbild für mich ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 ... ich ihr/ ihm gegenüber offen und ehrlich sein kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 ... ich für sie/ ihn Zärtlichkeit empfinde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 ... wir Erotik und Sexualität teilen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 ... wir für einander da sind, wenn wir einander brauchen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 ... wir viel Zeit miteinander verbringen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 ... ich mich ihr/ ihm sehr vertraut fühle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 ... wir Schwierigkeiten gemeinsam überwinden können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VIII. Sinnerleben

Über verschieden Lebensphasen hinweg finden Menschen durch sehr unterschiedliche Tätigkeiten und Interessen Sinn in ihrem Leben. Bitte schätzen Sie im folgenden ein, wie häufig die folgenden Tätigkeiten Ihnen zur Zeit ein Gefühl von Sinnhaftigkeit vermitteln.

| Zur Zeit finde ich ____ Sinn in meinem Leben, indem ... | | nie | | zeit- weise | | sehr häufig | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | ...ich Einfluss - z.B. auf wichtige Entscheidungen - nehme. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | ... ich gute Leistungen erbringe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Zur Zeit finde ich ____ Sinn in meinem Leben, indem ... | | nie | | zeit-weise | | sehr häufig | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3 | ... ich mich bemühe, mit anderen Menschen gut auszukommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | ... ich für andere da bin, wenn sie mich brauchen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | ... ich auf meine Gesundheit achte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | ... ich mich mit meinem Glauben oder Spiritualität auseinandersetze. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | ... ich selbstständig mein Leben meistere. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | ... ich mir konkrete Ziele setze, die ich erreichen möchte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | ... ich mir für nahestehende Personen (PartnerIn, Familie, Freunde) viel Zeit nehme. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | ... ich mein Hobby ausübe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | ... ich mich vielfältig interessiere. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | ... ich mich für die Entwicklung meiner Persönlichkeit engagiere. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A2 Katamnesefragebogen Psychosomatik, salus Klinik Lindow



1-Jahres-Katamnese P ()

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

1. Wie zufrieden sind Sie heute?

| | sehr zufrieden | | | | | sehr unzufrieden | |
|---|-------------------|---|---|---|---|---------------------|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| ...mit Ihrer Lebenssituation | | | | | | | |
| ...mit Ihrem Gesundheitszustand | | | | | | | |
| ...mit Ihrer Arbeitssituation | | | | | | | |
| ...mit Ihrer Wohnungssituation | | | | | | | |
| ...mit Ihrer finanziellen Situation | | | | | | | |
| ...mit Ihrer sozialen Situation | | | | | | | |
| ...mit Ihrer Partnersituation bzw. mit dem Umstand, daß Sie keinen Partner haben | | | | | | | |
| ...mit Ihrer Familiensituation | | | | | | | |
| ...mit Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis | | | | | | | |
| ... mit Ihrer Freizeitgestaltung | | | | | | | |
| ...mit Ihrem Umgang mit Alkohol | | | | | | | |
| ...mit Ihrem Umgang mit Medikamenten | | | | | | | |
| ...mit Ihrem Umgang mit Nikotin | | | | | | | |

2. Wie ist Ihre jetzige Familiensituation ?

- ☐ 1 ledig
☐ 2 verheiratet, zusammenlebend
☐ 3 verheiratet, getrennt lebend
☐ 4 verwitwet
☐ 5 geschieden

3. Wie ist Ihre jetzige Partnersituation ?

- ☐ 1 allein stehend
☐ 2 zeitweilige Beziehungen
☐ 3 fester Partner, getrennt lebend
☐ 4 fester Partner, zusammenlebend

4. Wie haben Sie seit Entlassung aus der salus klinik Lindow überwiegend gelebt ?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Möglichkeit an, eben „überwiegend“)

- ☐ 1 eigener Haushalt
☐ 2 versorgt im Haushalt der Eltern
☐ 3 betreutes Wohnen, z.B. Heim, Wohngemeinschaft, Klinik
☐ 4 in Strafhaft/Untersuchungshaft
☐ 5 wohnungslos
☐ 6 sonstiges und zwar: _____

5. Wie ist Ihre jetzige Arbeitssituation ?

(Bitte antworten Sie auch, wenn Sie zur Zeit arbeitsunfähig sind.)

- 1 ☐ Vollzeitbeschäftigung (auch ABM oder freiberuflich)
- 2 ☐ Teilzeitbeschäftigung (auch ABM oder freiberuflich)
- 3 ☐ arbeitslos
- 4 ☐ Rentner/Pensionär
- 5 ☐ in Ausbildung
- 6 ☐ Umschulung
- 7 ☐ Hausfrau/Hausmann
- 8 ☐ sonstige und zwar: _____

6. Wie ist Ihr jetziger beruflicher Status ?

(Wenn Sie jetzt arbeitslos oder Rentner sind, geben Sie hier bitte an, als was Sie zuletzt gearbeitet haben.)

- 1 ☐ Arbeiter
- 2 ☐ Facharbeiter, Lernberuf
- 3 ☐ Angestellter oder Beamter
- 4 ☐ Wehrpflichtiger
- 5 ☐ selbständig, freiberuflich tätig
- 6 ☐ Lehrling/Umschüler
- 7 ☐ Schüler/Student
- 8 ☐ Hausfrau/Hausmann
- 9 ☐ sonstiges und zwar: _____

7. Womit haben Sie seit der Entlassung aus der salus klinik Lindow überwiegend Ihren Lebensunterhalt bestritten ?

(Bitte kreuzen Sie nur eine Möglichkeit an, eben „überwiegend“)

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit | 7 <input type="checkbox"/> Ausbildungsbeihilfe |
| 2 <input type="checkbox"/> Krankengeld | 8 <input type="checkbox"/> Sozialhilfe |
| 3 <input type="checkbox"/> Übergangsgeld | 9 <input type="checkbox"/> Angehöriger |
| 4 <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld | 10 <input type="checkbox"/> Vermögen |
| 5 <input type="checkbox"/> Arbeitslosenhilfe | 11 <input type="checkbox"/> sonstiges und zwar: _____ |
| 6 <input type="checkbox"/> Rente/Pension | |

8. Waren Sie seit Ihrer Entlassung aus der salus klinik Lindow arbeitsunfähig, also krank geschrieben?

- 1 ☐ ja, und zwar insgesamt

 Wochen
- 2 ☐ nein
- 3 ☐ trifft nicht zu (z. B. Hausfrau, Rentner ...)

9. Waren Sie seit Ihrer Entlassung aus der salus klinik Lindow arbeitslos, also ohne Arbeitsstelle?

- 1 ☐ ja, und zwar insgesamt

 Wochen
- 2 ☐ nein
- 3 ☐ trifft nicht zu (z. B. Hausfrau, Rentner ...)

10. Haben Sie seit Ihrer Entlassung aus der salus klinik Lindow einen Rentenantrag gestellt?

- 1 ☐ ja, und zwar auf Altersrente/Pension
- 2 ☐ ja, und zwar auf vorgezogene Rente, (z.B. Erwerbsunfähigkeitsrente, Berufsunfähigkeitsrente)
- 3 ☐ nein, ich habe keinen Rentenantrag gestellt

10a. Falls Sie bereits vor Beginn Ihrer Behandlung in der salus klinik Lindow einen Rentenantrag gestellt hatten, welche der folgenden Ergebnisse trifft zu?

- 1 ☐ ich hatte keinen Rentenantrag gestellt
- 2 ☐ dem Rentenantrag wurde stattgegeben
- 3 ☐ ich habe den Rentenantrag zurückgezogen
- 4 ☐ der Rentenantrag wurde abgelehnt
- 5 ☐ ich befinde mich im Rechtsstreit / Widerspruchsverfahren

11. Welche Aussage trifft auf Ihren Nikotinkonsum seit Ihrer Entlassung aus der salus klinik Lindow zu?

- 1 ☐ ich bin Nichtraucher / habe das Rauchen erfolgreich aufgegeben
- 2 ☐ ich habe mein Rauchen spürbar reduziert
- 3 ☐ ich rauche unverändert

12. Haben Sie seit Ihrer Entlassung aus der salus klinik Lindow wegen eines der folgenden Probleme weitere Behandlungen aufgesucht? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

- 1 ☐ keine Behandlung
- 2 ☐ Angstzuständen
- 3 ☐ Zwangshandlungen/Zwangsgedanken
- 4 ☐ Depressionen
- 5 ☐ Alkohol- Medikamenten- oder Drogenproblemen
- 6 ☐ Stressbezogene Beschwerden (z.B. Bluthochdruck)
- 7 ☐ Essstörungen
- 8 ☐ andere psychische Beschwerden, welche? _____
- 9 ☐ sonstige Beschwerden, welche? _____

12a. Falls Sie seit Ihrer Entlassung aus der salus klinik Lindow eine weitere Behandlung erhalten haben, bei wem waren Sie in Behandlung? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

- 1 ☐ keine Behandlung
- 2 ☐ Hausarzt
- 3 ☐ niedergelassener Psychiater (Nervenarzt)
- 4 ☐ niedergelassener anderer Facharzt
- 5 ☐ niedergelassener Psychologe
- 6 ☐ stationäre Behandlung

13. Haben Sie seit Ihrer Entlassung aus der salus klinik Lindow Selbsthilfegruppen besucht?

- 1 ☐ regelmäßig, welche? _____
- 2 ☐ selten, welche? _____
- 3 ☐ keine Selbsthilfegruppe

Abschließend interessiert uns, inwieweit die Behandlung in der salus klinik Lindow Ihnen hinsichtlich des Problems, das damals den Behandlungsanlass darstellte, geholfen hat.

14. Therapieerfolg

Im Vergleich zum Beginn der Behandlung in der salus klinik Lindow geht es mir heute (zutreffendes bitte ankreuzen):

| | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| sehr viel | viel | etwas | unverändert | etwas | viel | sehr viel |
| besser | besser | besser | | schlechter | schlechter | schlechter |

15. Gegenwärtige Beeinträchtigung bei der Arbeit oder Ausbildung

Kreuzen Sie bitte an, inwieweit Sie sich derzeit bei der Arbeit oder Ausbildung durch Ihr in der salus klinik Lindow behandeltes Problem beeinträchtigt fühlen (wenn Sie keine Vollzeit- oder Teilzeitarbeit haben und auch nicht in einer Ausbildung stehen, streichen Sie bitte die ganze Skala durch)

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| gar nicht | ein wenig | mäßig | schwer | sehr schwer/massiv |
| beeinträchtigt | beeinträchtigt | beeinträchtigt | beeinträchtigt | beeinträchtigt |

16. Gegenwärtige Beeinträchtigung bei Freizeit und Sozialleben

(z.B. Zusammenkünfte mit Freunden, Feste, Ausgehen, Unterhaltung, Theater, Kino, Konzerte, Besuche, Vereine, Sport, Urlaub usw.)

Kreuzen Sie bitte an, inwieweit Sie sich derzeit in Ihrer Freizeit durch Ihr in der salus klinik Lindow behandeltes Problem beeinträchtigt fühlen:

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| gar nicht | ein wenig | mäßig | schwer | sehr schwer/massiv |
| beeinträchtigt | beeinträchtigt | beeinträchtigt | beeinträchtigt | beeinträchtigt |

**Wir danken Ihnen sehr für Ihre Mitarbeit und
wünschen Ihnen für die Zukunft alles Gute !**

Anhang B: Methoden

Tabellen

Tabelle B1: Ergebnisse der Hauptkomponenten-Faktorenanalyse der RES-Items mit Varimax-Rotation (achtfaktorielle Lösung), Erstmessung, Gesamtstichprobe, N=734

| RES-Items | Faktoren | | | | | | | | h ² |
|-----------------------------------|----------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| Wohlbefinden RESA | | | | | | | | | |
| A1 | ,058 | ,133 | ,386 | ,426 | ,290 | ,098 | ,011 | ,240 | ,503 |
| A2 | ,192 | ,210 | ,141 | ,361 | ,346 | ,053 | -,037 | -,004 | ,355 |
| A3 | -,026 | ,072 | ,357 | ,298 | ,360 | ,094 | -,021 | ,403 | ,525 |
| A4 | ,109 | ,220 | ,110 | ,103 | ,766 | ,077 | -,054 | ,089 | ,686 |
| A5 | ,101 | ,327 | ,087 | ,260 | ,627 | ,091 | ,048 | -,004 | ,596 |
| A6 | ,092 | ,271 | ,063 | ,106 | ,602 | ,100 | ,139 | ,081 | ,496 |
| A7 | ,109 | ,483 | ,046 | ,218 | ,418 | ,168 | ,045 | ,100 | ,511 |
| A8 | ,026 | ,128 | -,001 | -,054 | ,192 | ,044 | ,511 | ,068 | ,324 |
| A9 | ,045 | ,452 | ,103 | ,191 | ,466 | ,208 | ,092 | ,036 | ,524 |
| A10 | ,010 | ,519 | ,062 | ,221 | ,289 | ,114 | ,062 | ,039 | ,424 |
| A11 | ,119 | ,543 | ,065 | ,213 | ,385 | ,013 | ,093 | ,117 | ,529 |
| A12 | ,085 | ,329 | ,134 | ,359 | ,514 | ,028 | ,158 | ,087 | ,559 |
| Stressbewältigung RESB | | | | | | | | | |
| B1 | ,176 | ,490 | ,053 | ,208 | ,237 | ,223 | -,181 | ,014 | ,456 |
| B2 | ,152 | ,598 | ,077 | ,259 | ,257 | ,208 | -,129 | ,134 | ,597 |
| B3 | ,206 | ,313 | ,071 | ,415 | ,227 | ,158 | -,021 | ,024 | ,395 |
| B4 | ,202 | ,299 | ,030 | ,330 | ,279 | ,137 | ,073 | ,071 | ,347 |
| B5 | ,065 | ,467 | ,102 | ,219 | ,379 | ,244 | ,006 | ,039 | ,484 |
| B6 | ,055 | ,195 | -,023 | ,286 | ,205 | ,033 | ,429 | -,231 | ,404 |
| B7 | ,138 | ,245 | ,058 | ,139 | ,739 | ,107 | -,003 | -,002 | ,659 |
| B8 | ,227 | ,387 | ,106 | ,298 | ,383 | ,203 | ,084 | -,005 | ,496 |
| B9 | -,202 | -,124 | ,022 | -,004 | ,027 | ,100 | ,418 | -,044 | ,244 |
| B10 | ,058 | ,299 | ,032 | ,258 | ,380 | ,286 | ,263 | -,191 | ,492 |
| B11 | ,281 | ,537 | ,058 | ,236 | ,247 | ,259 | -,126 | ,085 | ,578 |
| B12 | -,184 | -,110 | -,018 | ,012 | ,001 | ,109 | ,433 | -,032 | ,247 |
| B13 | ,089 | ,342 | ,107 | ,256 | ,133 | ,278 | ,059 | ,104 | ,311 |
| B14 | ,046 | ,252 | ,003 | ,087 | -,002 | ,210 | ,189 | ,111 | ,165 |
| Unterstützung RESC | | | | | | | | | |
| C1 | ,120 | ,170 | ,209 | ,479 | ,324 | ,098 | ,034 | ,036 | ,433 |
| C2 | ,084 | ,272 | ,062 | ,596 | ,128 | ,202 | ,043 | -,069 | ,504 |
| C3 | ,056 | ,320 | ,112 | ,578 | ,149 | ,229 | -,043 | -,067 | ,533 |
| C4 | ,058 | ,288 | ,124 | ,651 | ,030 | ,157 | -,069 | ,032 | ,557 |
| C5 | ,159 | ,236 | ,250 | ,659 | ,093 | ,142 | -,096 | ,129 | ,633 |
| C6 | ,128 | ,100 | ,228 | ,672 | ,097 | ,116 | ,041 | ,103 | ,565 |
| C7 | ,203 | ,171 | ,147 | ,576 | ,103 | ,109 | ,013 | ,244 | ,506 |
| C8 | ,197 | ,082 | ,191 | ,719 | ,072 | ,096 | ,081 | -,004 | ,621 |
| C9 | ,207 | ,092 | ,170 | ,601 | ,191 | ,099 | ,187 | ,092 | ,531 |
| C10 | ,128 | ,218 | ,243 | ,680 | ,040 | ,137 | ,008 | ,147 | ,628 |
| C11 | ,144 | ,099 | ,019 | ,485 | ,131 | ,042 | ,363 | -,204 | ,459 |

Tabelle B1: Fortsetzung

| Krisenbewältigung RESD | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| D1 | ,193 | ,067 | ,015 | ,188 | ,118 | ,596 | -,068 | ,023 | ,452 |
| D2 | ,238 | ,180 | ,091 | ,159 | ,096 | ,615 | -,121 | ,135 | ,543 |
| D3 | ,134 | ,029 | ,001 | ,220 | ,270 | ,471 | ,257 | -,167 | ,456 |
| D4 | ,207 | ,097 | ,096 | ,165 | ,202 | ,559 | ,144 | -,111 | ,475 |
| D5 | ,057 | ,083 | ,057 | ,059 | ,065 | ,282 | ,248 | -,043 | ,164 |
| D6 | ,243 | ,048 | -,027 | ,076 | ,025 | ,462 | ,019 | ,083 | ,290 |
| D7 | ,105 | ,152 | -,083 | ,008 | ,073 | ,381 | ,089 | ,074 | ,205 |
| D8 | ,243 | ,271 | ,062 | -,011 | ,105 | ,389 | ,095 | -,110 | ,320 |
| D9 | ,159 | ,266 | ,089 | ,055 | ,029 | ,551 | -,037 | ,059 | ,416 |
| D10 | ,135 | ,111 | -,018 | -,023 | ,011 | ,221 | ,578 | ,106 | ,426 |
| D11 | ,107 | ,165 | ,065 | ,138 | ,088 | ,410 | ,249 | -,002 | ,300 |
| D12 | ,178 | ,085 | ,079 | ,065 | ,333 | ,486 | ,057 | ,013 | ,400 |
| D13 | -,016 | ,082 | ,038 | ,138 | -,083 | ,372 | ,255 | ,008 | ,238 |
| D14 | ,143 | ,216 | ,016 | ,216 | ,014 | ,458 | ,225 | -,091 | ,383 |
| D15 | ,138 | ,296 | ,083 | ,111 | ,035 | ,534 | ,133 | ,068 | ,435 |
| D16 | ,103 | ,149 | ,083 | ,135 | ,099 | ,437 | ,122 | ,136 | ,292 |
| D17 | ,099 | -,144 | ,019 | ,248 | -,066 | ,062 | ,317 | ,242 | ,260 |
| D18 | ,127 | ,120 | ,139 | ,485 | ,077 | ,337 | ,040 | ,016 | ,406 |
| Selbstwerterleben RESE | | | | | | | | | |
| E1 | ,266 | ,358 | ,166 | ,257 | ,186 | ,090 | ,101 | ,210 | ,390 |
| E2 | ,298 | ,425 | ,143 | ,353 | ,253 | ,071 | ,101 | ,086 | ,500 |
| E3 | ,297 | ,465 | ,103 | ,206 | ,344 | ,059 | ,047 | ,118 | ,496 |
| E4 | ,150 | ,511 | ,139 | ,185 | ,101 | ,176 | ,190 | ,019 | ,415 |
| E5 | ,180 | ,405 | ,099 | ,240 | ,282 | ,211 | ,265 | -,130 | ,475 |
| E6 | ,217 | ,346 | ,069 | ,062 | ,598 | ,134 | ,141 | -,030 | ,572 |
| E7 | ,285 | ,449 | ,108 | ,182 | ,182 | ,175 | ,308 | -,075 | ,492 |
| E8 | ,186 | ,612 | ,105 | ,130 | ,147 | ,173 | ,048 | -,104 | ,502 |
| E9 | ,271 | ,622 | ,175 | ,128 | ,108 | ,259 | ,059 | ,025 | ,590 |
| E10 | ,435 | ,558 | ,114 | ,146 | ,116 | ,120 | ,025 | -,044 | ,564 |
| E11 | ,158 | ,562 | ,107 | ,170 | ,084 | ,117 | ,075 | -,136 | ,426 |
| E12 | ,293 | ,455 | ,108 | ,119 | ,295 | ,125 | ,089 | -,111 | ,441 |
| E13 | ,322 | ,600 | ,065 | ,164 | ,205 | ,171 | -,026 | ,047 | ,569 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | | | | | | | | | |
| F1 | ,340 | -,004 | ,113 | ,059 | ,552 | ,139 | ,032 | -,041 | ,459 |
| F2 | ,513 | ,080 | ,109 | ,070 | ,207 | ,284 | -,075 | ,053 | ,418 |
| F3 | ,244 | ,068 | ,029 | ,040 | ,006 | ,094 | -,018 | -,021 | ,076 |
| F4 | ,459 | ,016 | ,174 | ,273 | ,045 | ,083 | ,107 | ,204 | ,377 |
| F5 | ,387 | ,427 | ,097 | ,193 | ,069 | ,200 | -,036 | ,138 | ,444 |
| F6 | ,419 | ,357 | ,108 | ,232 | ,261 | ,224 | ,046 | ,129 | ,505 |
| F7 | ,316 | ,326 | ,064 | ,104 | ,038 | ,252 | -,058 | ,132 | ,307 |
| F8 | ,592 | ,138 | ,088 | ,129 | ,144 | ,099 | ,196 | -,047 | ,465 |
| F9 | ,651 | ,059 | ,113 | ,112 | ,228 | ,096 | ,033 | -,088 | ,523 |
| F10 | ,663 | ,065 | ,110 | ,244 | ,030 | ,002 | ,018 | ,113 | ,529 |
| F11 | ,637 | ,234 | ,093 | ,075 | ,108 | ,239 | -,063 | -,053 | ,550 |
| F12 | ,678 | ,136 | ,099 | ,058 | ,124 | ,193 | -,104 | -,093 | ,563 |
| F13 | ,593 | ,107 | ,115 | ,093 | ,108 | ,263 | -,085 | -,066 | ,478 |
| F14 | ,591 | ,107 | ,061 | ,072 | ,124 | ,137 | -,080 | -,088 | ,418 |
| F15 | ,394 | ,205 | ,017 | ,011 | ,251 | ,085 | -,006 | ,075 | ,274 |
| F16 | ,500 | ,064 | ,120 | ,141 | ,173 | ,092 | ,247 | ,136 | ,406 |
| F17 | ,529 | ,265 | ,135 | ,003 | ,013 | ,082 | -,019 | ,207 | ,418 |
| F18 | ,591 | ,079 | ,118 | ,138 | ,102 | -,006 | ,174 | ,098 | ,439 |
| F19 | ,513 | ,196 | ,097 | ,095 | -,038 | ,181 | ,018 | ,137 | ,374 |
| F20 | ,583 | ,128 | ,160 | ,198 | ,107 | ,058 | ,023 | -,017 | ,436 |
| F21 | ,620 | ,259 | ,086 | ,044 | ,125 | ,221 | ,000 | ,163 | ,551 |
| | | | | | | | | | |

Tabelle B1: Fortsetzung

| Nahe Beziehungen RESG | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| G1 | ,161 | ,176 | ,713 | ,122 | ,049 | ,016 | -,034 | -,041 | ,585 |
| G2 | ,195 | ,152 | ,748 | ,083 | ,057 | ,033 | -,091 | -,027 | ,641 |
| G3 | ,190 | ,185 | ,731 | ,162 | ,029 | -,040 | ,000 | -,085 | ,641 |
| G4 | ,104 | ,133 | ,774 | ,126 | -,009 | ,015 | -,046 | ,016 | ,646 |
| G5 | ,168 | ,141 | ,714 | ,068 | ,109 | ,026 | ,163 | -,003 | ,602 |
| G6 | ,245 | ,113 | ,639 | ,105 | ,094 | -,029 | ,079 | -,171 | ,537 |
| G7 | ,221 | ,095 | ,666 | ,086 | ,165 | ,025 | ,041 | -,091 | ,547 |
| G8 | ,034 | -,041 | ,472 | ,046 | ,060 | ,015 | ,095 | ,039 | ,242 |
| G9 | ,030 | ,186 | ,494 | ,183 | ,026 | ,055 | ,187 | ,074 | ,357 |
| G10 | ,165 | ,116 | ,697 | ,118 | -,077 | ,046 | -,033 | -,047 | ,552 |
| G11 | -,007 | -,078 | ,528 | ,093 | ,153 | ,112 | ,032 | ,409 | ,498 |
| G12 | -,036 | -,078 | ,466 | ,103 | ,218 | ,067 | -,014 | ,401 | ,448 |
| G13 | ,112 | ,017 | ,738 | ,078 | ,055 | ,132 | -,081 | ,190 | ,626 |
| G14 | ,025 | ,041 | ,673 | ,159 | ,139 | ,059 | ,031 | ,267 | ,575 |
| G15 | ,094 | ,075 | ,808 | ,093 | ,024 | ,055 | -,088 | ,126 | ,703 |
| G16 | ,004 | ,010 | ,557 | ,076 | ,052 | ,075 | -,056 | ,113 | ,340 |
| Sinnfindung RESH | | | | | | | | | |
| H1 | ,333 | ,434 | ,217 | ,091 | ,094 | ,106 | ,040 | ,270 | ,450 |
| H2 | ,349 | ,385 | ,124 | ,052 | ,229 | ,111 | -,031 | ,343 | ,471 |
| H3 | ,406 | ,212 | ,126 | ,163 | -,005 | ,034 | ,081 | ,458 | ,469 |
| H4 | ,363 | ,184 | ,170 | ,160 | ,043 | ,022 | ,083 | ,498 | ,477 |
| H5 | ,269 | ,339 | ,096 | ,036 | ,212 | ,087 | ,245 | ,297 | ,399 |
| H6 | ,148 | ,162 | -,001 | -,004 | ,041 | ,035 | ,639 | ,133 | ,477 |
| H7 | ,463 | ,361 | ,151 | -,016 | -,002 | ,140 | ,044 | ,261 | ,457 |
| H8 | ,330 | ,432 | ,194 | ,013 | ,076 | ,167 | ,019 | ,287 | ,449 |
| H9 | ,278 | ,156 | ,362 | ,177 | ,192 | -,017 | ,123 | ,429 | ,501 |
| H10 | ,279 | ,101 | ,134 | ,035 | ,644 | ,067 | ,145 | ,135 | ,566 |
| H11 | ,423 | ,198 | ,148 | ,082 | ,465 | ,105 | ,084 | ,125 | ,497 |
| H12 | ,453 | ,357 | ,125 | ,062 | ,176 | ,138 | ,145 | ,180 | ,455 |
| Eigenwert | 29,81 | 6,53 | 4,57 | 3,31 | 2,88 | 2,55 | 2,23 | 2,11 | |
| Varianz in % | 8,35 | 8,12 | 7,35 | 6,42 | 6,01 | 4,71 | 2,75 | 2,45 | |

Tabelle B2: Ergebnisse der Hauptkomponenten-Faktorenanalyse der RES-Items mit Varimax-Rotation (sechsfaktorielle Lösung), Erstmessung, Gesamtstichprobe, N=734

| | Faktoren | | | | | | |
|----------------------|----------|------|------|-------|-------|-------|----------------|
| RES-Items | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | h ² |
| Wohlbefinden RESA | | | | | | | |
| A1 | ,325 | ,115 | ,422 | ,042 | ,424 | ,055 | ,481 |
| A2 | ,404 | ,195 | ,144 | ,074 | ,331 | -,013 | ,337 |
| A3 | ,353 | ,071 | ,417 | -,056 | ,316 | ,069 | ,411 |
| A4 | ,750 | ,146 | ,133 | -,028 | ,066 | ,067 | ,611 |
| A5 | ,700 | ,118 | ,099 | ,106 | ,214 | ,082 | ,577 |
| A6 | ,646 | ,127 | ,085 | ,080 | ,072 | ,181 | ,486 |
| A7 | ,606 | ,165 | ,069 | ,259 | ,193 | -,015 | ,503 |
| A8 | ,238 | ,040 | ,014 | ,112 | -,070 | ,451 | ,280 |
| A9 | ,625 | ,086 | ,120 | ,290 | ,156 | ,049 | ,523 |
| A10 | ,524 | ,054 | ,077 | ,280 | ,193 | -,059 | ,403 |
| A11 | ,623 | ,176 | ,090 | ,174 | ,186 | -,026 | ,493 |
| A12 | ,623 | ,116 | ,158 | ,079 | ,323 | ,146 | ,559 |
| | | | | | | | |

Tabelle B2: Fortsetzung

| Stressbewältigung RESB | | | | | | | |
|---------------------------|-------------|-------|-------|-------------|-------------|-------------|------|
| B1 | ,441 | ,218 | ,058 | ,334 | ,188 | -,252 | ,455 |
| B2 | ,526 | ,227 | ,099 | ,348 | ,246 | -,241 | ,578 |
| B3 | ,357 | ,225 | ,078 | ,228 | ,393 | -,050 | ,393 |
| B4 | ,395 | ,230 | ,044 | ,191 | ,311 | ,048 | ,346 |
| B5 | ,555 | ,110 | ,116 | ,332 | ,190 | -,046 | ,481 |
| B6 | ,292 | -,004 | -,044 | ,202 | ,232 | ,349 | ,303 |
| B7 | ,739 | ,153 | ,070 | ,043 | ,092 | ,099 | ,595 |
| B8 | ,516 | ,245 | ,111 | ,285 | ,262 | ,055 | ,492 |
| B9 | -,034 | -,224 | ,023 | ,089 | -,015 | ,425 | ,241 |
| B10 | ,466 | ,030 | ,018 | ,381 | ,203 | ,243 | ,463 |
| B11 | ,472 | ,338 | ,070 | ,375 | ,221 | -,207 | ,574 |
| B12 | -,047 | -,202 | -,015 | ,107 | ,004 | ,430 | ,240 |
| B13 | ,285 | ,137 | ,125 | ,348 | ,250 | -,031 | ,299 |
| B14 | ,128 | ,088 | ,020 | ,290 | ,091 | ,104 | ,128 |
| Unterstützung RESC | | | | | | | |
| C1 | ,371 | ,129 | ,220 | ,102 | ,452 | ,065 | ,422 |
| C2 | ,262 | ,078 | ,060 | ,302 | ,569 | ,000 | ,493 |
| C3 | ,301 | ,058 | ,110 | ,329 | ,550 | -,087 | ,524 |
| C4 | ,196 | ,077 | ,133 | ,256 | ,640 | -,131 | ,555 |
| C5 | ,218 | ,193 | ,268 | ,182 | ,655 | -,115 | ,632 |
| C6 | ,156 | ,143 | ,245 | ,123 | ,665 | ,054 | ,565 |
| C7 | ,196 | ,256 | ,181 | ,105 | ,586 | ,010 | ,492 |
| C8 | ,124 | ,181 | ,192 | ,136 | ,700 | ,086 | ,601 |
| C9 | ,228 | ,214 | ,186 | ,106 | ,585 | ,206 | ,529 |
| C10 | ,171 | ,162 | ,265 | ,193 | ,679 | -,031 | ,624 |
| C11 | ,182 | ,080 | -,002 | ,169 | ,438 | ,321 | ,363 |
| Krisenbewältigung RESD | | | | | | | |
| D1 | ,085 | ,215 | ,015 | ,472 | ,190 | ,041 | ,314 |
| D2 | ,123 | ,295 | ,104 | ,512 | ,172 | -,047 | ,407 |
| D3 | ,210 | ,097 | -,017 | ,417 | ,184 | ,348 | ,383 |
| D4 | ,172 | ,192 | ,081 | ,506 | ,139 | ,223 | ,398 |
| D5 | ,080 | ,052 | ,053 | ,302 | ,044 | ,242 | ,163 |
| D6 | ,006 | ,272 | -,021 | ,371 | ,088 | ,086 | ,227 |
| D7 | ,114 | ,140 | -,073 | ,354 | ,014 | ,099 | ,173 |
| D8 | ,187 | ,239 | ,044 | ,461 | -,036 | ,063 | ,312 |
| D9 | ,116 | ,204 | ,093 | ,545 | ,059 | -,041 | ,366 |
| D10 | ,064 | ,155 | -,004 | ,287 | -,024 | ,506 | ,368 |
| D11 | ,136 | ,118 | ,066 | ,431 | ,125 | ,239 | ,295 |
| D12 | ,279 | ,195 | ,082 | ,365 | ,049 | ,174 | ,289 |
| D13 | -,040 | -,006 | ,040 | ,396 | ,139 | ,227 | ,231 |
| D14 | ,099 | ,136 | ,005 | ,528 | ,197 | ,188 | ,381 |
| D15 | ,148 | ,182 | ,091 | ,569 | ,110 | ,095 | ,408 |
| D16 | ,135 | ,151 | ,102 | ,389 | ,141 | ,146 | ,244 |
| D17 | -,112 | ,130 | ,050 | -,010 | ,274 | ,344 | ,226 |
| D18 | ,120 | ,134 | ,142 | ,328 | ,475 | ,067 | ,390 |

Tabelle B2: Fortsetzung

| Selbstwelterleben RESE | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------|------|------|-------|------|-------|------|
| E1 | ,348 | ,327 | ,194 | ,176 | ,254 | ,026 | ,362 |
| E2 | ,441 | ,331 | ,157 | ,210 | ,328 | ,011 | ,481 |
| E3 | ,533 | ,345 | ,121 | ,178 | ,183 | -,033 | ,485 |
| E4 | ,351 | ,182 | ,144 | ,394 | ,161 | ,023 | ,359 |
| E5 | ,441 | ,168 | ,088 | ,380 | ,191 | ,175 | ,442 |
| E6 | ,669 | ,229 | ,074 | ,172 | ,013 | ,156 | ,559 |
| E7 | ,380 | ,284 | ,100 | ,386 | ,141 | ,171 | ,433 |
| E8 | ,432 | ,201 | ,094 | ,436 | ,091 | -,134 | ,452 |
| E9 | ,396 | ,316 | ,177 | ,490 | ,105 | -,118 | ,553 |
| E10 | ,371 | ,450 | ,104 | ,358 | ,115 | -,136 | ,511 |
| E11 | ,360 | ,159 | ,091 | ,394 | ,130 | -,116 | ,349 |
| E12 | ,470 | ,289 | ,095 | ,298 | ,073 | -,005 | ,408 |
| E13 | ,473 | ,369 | ,071 | ,367 | ,141 | -,168 | ,549 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | | | | | | | |
| F1 | ,431 | ,322 | ,109 | ,008 | ,021 | ,192 | ,339 |
| F2 | ,169 | ,524 | ,106 | ,202 | ,063 | ,015 | ,360 |
| F3 | ,023 | ,239 | ,021 | ,112 | ,035 | -,018 | ,072 |
| F4 | ,039 | ,486 | ,191 | ,043 | ,283 | ,138 | ,376 |
| F5 | ,265 | ,441 | ,109 | ,316 | ,191 | -,131 | ,430 |
| F6 | ,388 | ,463 | ,123 | ,276 | ,219 | ,019 | ,504 |
| F7 | ,179 | ,368 | ,076 | ,312 | ,109 | -,114 | ,295 |
| F8 | ,168 | ,566 | ,072 | ,162 | ,103 | ,188 | ,426 |
| F9 | ,185 | ,614 | ,090 | ,090 | ,082 | ,096 | ,443 |
| F10 | ,045 | ,667 | ,111 | ,012 | ,244 | ,030 | ,520 |
| F11 | ,165 | ,628 | ,073 | ,289 | ,055 | -,064 | ,518 |
| F12 | ,124 | ,651 | ,071 | ,207 | ,036 | -,065 | ,493 |
| F13 | ,096 | ,575 | ,093 | ,249 | ,076 | -,032 | ,417 |
| F14 | ,119 | ,564 | ,037 | ,149 | ,051 | -,042 | ,361 |
| F15 | ,297 | ,417 | ,023 | ,092 | ,000 | ,004 | ,271 |
| F16 | ,164 | ,514 | ,130 | ,079 | ,134 | ,271 | ,406 |
| F17 | ,126 | ,582 | ,150 | ,141 | ,015 | -,078 | ,403 |
| F18 | ,114 | ,592 | ,120 | ,021 | ,130 | ,172 | ,425 |
| F19 | ,043 | ,546 | ,102 | ,222 | ,104 | -,018 | ,371 |
| F20 | ,133 | ,565 | ,146 | ,103 | ,178 | ,027 | ,402 |
| F21 | ,202 | ,663 | ,095 | ,238 | ,047 | -,009 | ,548 |
| Nahe Beziehungen RESG | | | | | | | |
| G1 | ,113 | ,153 | ,700 | ,119 | ,092 | -,087 | ,556 |
| G2 | ,100 | ,190 | ,735 | ,107 | ,056 | -,123 | ,616 |
| G3 | ,106 | ,168 | ,712 | ,100 | ,126 | -,074 | ,578 |
| G4 | ,045 | ,108 | ,768 | ,096 | ,106 | -,095 | ,633 |
| G5 | ,147 | ,162 | ,707 | ,116 | ,036 | ,115 | ,577 |
| G6 | ,117 | ,195 | ,609 | ,089 | ,058 | ,039 | ,435 |
| G7 | ,163 | ,193 | ,647 | ,083 | ,046 | ,039 | ,493 |
| G8 | ,019 | ,033 | ,474 | ,001 | ,035 | ,114 | ,240 |
| G9 | ,122 | ,050 | ,503 | ,157 | ,168 | ,106 | ,335 |
| G10 | -,026 | ,152 | ,681 | ,143 | ,097 | -,088 | ,524 |
| G11 | ,082 | ,081 | ,580 | -,058 | ,122 | ,123 | ,383 |
| G12 | ,142 | ,052 | ,519 | -,116 | ,130 | ,091 | ,331 |
| G13 | ,028 | ,155 | ,754 | ,069 | ,082 | -,041 | ,606 |
| G14 | ,133 | ,084 | ,705 | ,001 | ,165 | ,059 | ,553 |
| G15 | ,038 | ,123 | ,816 | ,060 | ,087 | -,093 | ,701 |
| G16 | ,035 | ,030 | ,568 | ,038 | ,075 | -,030 | ,332 |

Tabelle B2: Fortsetzung

| Sinnfindung RESH | | | | | | | |
|---------------------|-------------|-------------|-------|-------|-------|-------|------|
| H1 | ,298 | ,417 | ,248 | ,219 | ,099 | -,075 | ,387 |
| H2 | ,383 | ,450 | ,166 | ,137 | ,067 | -,080 | ,406 |
| H3 | ,112 | ,511 | ,178 | ,037 | ,203 | ,027 | ,348 |
| H4 | ,140 | ,477 | ,229 | -,006 | ,201 | ,049 | ,342 |
| H5 | ,357 | ,350 | ,136 | ,151 | ,042 | ,167 | ,321 |
| H6 | ,134 | ,169 | ,019 | ,159 | -,010 | ,522 | ,344 |
| H7 | ,165 | ,538 | ,174 | ,231 | ,000 | -,057 | ,404 |
| H8 | ,273 | ,422 | ,226 | ,261 | ,026 | -,088 | ,380 |
| H9 | ,251 | ,372 | ,415 | -,053 | ,198 | ,117 | ,430 |
| H10 | ,580 | ,308 | ,157 | -,047 | ,007 | ,265 | ,528 |
| H11 | ,474 | ,453 | ,164 | ,065 | ,060 | ,143 | ,484 |
| H12 | ,317 | ,505 | ,143 | ,225 | ,057 | ,073 | ,435 |
| Eigenwert | 29,805 | 6,530 | 4,574 | 3,309 | 2,882 | 2,549 | |
| Varianz in % | 10,186 | 9,519 | 7,677 | 6,571 | 5,869 | 2,613 | |

Tabelle B3: Ergebnisse der Hauptkomponenten-Faktorenanalyse der RES-Items mit Varimax-Rotation (fünffaktorielle Lösung), Erstmessung, Gesamtstichprobe, N=734

| | Faktoren | | | | | |
|---------------------------|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| RES-Items | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | H ² |
| Wohlbefinden RESA | | | | | | |
| A1 | ,084 | ,319 | ,462 | ,370 | ,065 | ,463 |
| A2 | ,183 | ,400 | ,176 | ,311 | ,019 | ,321 |
| A3 | ,020 | ,348 | ,460 | ,239 | ,025 | ,390 |
| A4 | ,113 | ,750 | ,161 | ,026 | ,017 | ,602 |
| A5 | ,114 | ,700 | ,122 | ,205 | ,107 | ,572 |
| A6 | ,110 | ,651 | ,109 | ,043 | ,174 | ,480 |
| A7 | ,219 | ,607 | ,059 | ,264 | ,103 | ,500 |
| A8 | ,010 | ,253 | ,040 | -,139 | ,433 | ,273 |
| A9 | ,148 | ,628 | ,103 | ,234 | ,174 | ,511 |
| A10 | ,128 | ,524 | ,053 | ,293 | ,081 | ,386 |
| A11 | ,207 | ,622 | ,092 | ,228 | ,049 | ,493 |
| A12 | ,088 | ,623 | ,200 | ,274 | ,152 | ,534 |
| Stressbewältigung RESB | | | | | | |
| B1 | ,327 | ,437 | ,015 | ,344 | -,058 | ,419 |
| B2 | ,334 | ,521 | ,062 | ,398 | -,043 | ,547 |
| B3 | ,258 | ,354 | ,092 | ,430 | ,070 | ,390 |
| B4 | ,243 | ,395 | ,067 | ,318 | ,131 | ,338 |
| B5 | ,195 | ,556 | ,087 | ,301 | ,116 | ,459 |
| B6 | -,012 | ,301 | -,014 | ,192 | ,402 | ,290 |
| B7 | ,134 | ,741 | ,095 | ,067 | ,083 | ,587 |
| B8 | ,288 | ,518 | ,115 | ,308 | ,178 | ,492 |
| B9 | -,243 | -,022 | ,037 | -,071 | ,417 | ,240 |
| B10 | ,091 | ,475 | ,009 | ,261 | ,395 | ,459 |
| B11 | ,443 | ,470 | ,037 | ,365 | -,002 | ,551 |
| B12 | -,220 | -,034 | ,000 | -,052 | ,431 | ,238 |
| B13 | ,215 | ,286 | ,104 | ,342 | ,173 | ,286 |
| B14 | ,148 | ,134 | ,001 | ,156 | ,235 | ,119 |

Tabelle B3: Fortsetzung

| Unterstützung RESC | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------|-------------|-------------|------|
| C1 | ,110 | ,368 | ,261 | ,414 | ,107 | ,398 |
| C2 | ,122 | ,260 | ,075 | ,612 | ,163 | ,490 |
| C3 | ,125 | ,296 | ,109 | ,631 | ,101 | ,524 |
| C4 | ,122 | ,188 | ,147 | ,692 | ,032 | ,552 |
| C5 | ,207 | ,208 | ,300 | ,663 | ,003 | ,616 |
| C6 | ,116 | ,150 | ,301 | ,609 | ,121 | ,512 |
| C7 | ,230 | ,190 | ,236 | ,534 | ,067 | ,435 |
| C8 | ,149 | ,119 | ,256 | ,633 | ,157 | ,527 |
| C9 | ,162 | ,227 | ,258 | ,486 | ,237 | ,437 |
| C10 | ,167 | ,163 | ,304 | ,668 | ,084 | ,600 |
| C11 | ,047 | ,188 | ,054 | ,361 | ,369 | ,307 |
| Krisenbewältigung RESO | | | | | | |
| D1 | ,323 | ,091 | -,020 | ,316 | ,275 | ,289 |
| D2 | ,426 | ,127 | ,056 | ,331 | ,215 | ,357 |
| D3 | ,151 | ,224 | -,019 | ,221 | ,510 | ,382 |
| D4 | ,290 | ,184 | ,052 | ,239 | ,443 | ,374 |
| D5 | ,102 | ,091 | ,038 | ,085 | ,359 | ,156 |
| D6 | ,348 | ,013 | -,043 | ,170 | ,259 | ,219 |
| D7 | ,222 | ,123 | -,103 | ,107 | ,260 | ,154 |
| D8 | ,356 | ,196 | -,007 | ,106 | ,276 | ,253 |
| D9 | ,357 | ,123 | ,024 | ,251 | ,236 | ,262 |
| D10 | ,161 | ,082 | ,012 | -,060 | ,574 | ,366 |
| D11 | ,197 | ,148 | ,045 | ,200 | ,422 | ,281 |
| D12 | ,264 | ,288 | ,062 | ,120 | ,323 | ,276 |
| D13 | ,071 | -,030 | ,015 | ,212 | ,403 | ,213 |
| D14 | ,245 | ,109 | -,028 | ,312 | ,431 | ,356 |
| D15 | ,320 | ,158 | ,036 | ,271 | ,366 | ,336 |
| D16 | ,227 | ,143 | ,080 | ,220 | ,320 | ,230 |
| D17 | ,051 | -,106 | ,119 | ,135 | ,299 | ,135 |
| D18 | ,181 | ,120 | ,152 | ,515 | ,233 | ,390 |
| Selbstwerterleben RESE | | | | | | |
| E1 | ,339 | ,348 | ,212 | ,258 | ,099 | ,357 |
| E2 | ,349 | ,440 | ,178 | ,342 | ,103 | ,475 |
| E3 | ,369 | ,532 | ,131 | ,213 | ,042 | ,484 |
| E4 | ,275 | ,355 | ,113 | ,272 | ,210 | ,332 |
| E5 | ,232 | ,449 | ,079 | ,255 | ,332 | ,437 |
| E6 | ,241 | ,675 | ,082 | ,023 | ,194 | ,559 |
| E7 | ,347 | ,388 | ,090 | ,204 | ,329 | ,429 |
| E8 | ,332 | ,434 | ,036 | ,266 | ,091 | ,379 |
| E9 | ,454 | ,398 | ,120 | ,284 | ,131 | ,477 |
| E10 | ,541 | ,372 | ,075 | ,235 | ,045 | ,494 |
| E11 | ,274 | ,361 | ,043 | ,284 | ,091 | ,296 |
| E12 | ,356 | ,473 | ,075 | ,157 | ,127 | ,397 |
| E13 | ,470 | ,473 | ,037 | ,279 | ,023 | ,525 |
| | | | | | | |

Tabelle B3: Fortsetzung

| Pos. Selbstkonzept RESF | | | | | | |
|----------------------------|-------|-------|------|-------|-------|------|
| F1 | ,276 | ,436 | ,149 | -,052 | ,146 | ,312 |
| F2 | ,547 | ,172 | ,114 | ,081 | ,098 | ,358 |
| F3 | ,258 | ,024 | ,020 | ,056 | ,035 | ,072 |
| F4 | ,431 | ,039 | ,252 | ,187 | ,133 | ,303 |
| F5 | ,514 | ,264 | ,094 | ,285 | ,035 | ,426 |
| F6 | ,499 | ,390 | ,132 | ,255 | ,139 | ,502 |
| F7 | ,448 | ,179 | ,050 | ,212 | ,049 | ,283 |
| F8 | ,547 | ,175 | ,111 | ,052 | ,225 | ,395 |
| F9 | ,584 | ,189 | ,131 | ,027 | ,107 | ,406 |
| F10 | ,609 | ,043 | ,175 | ,152 | ,019 | ,427 |
| F11 | ,683 | ,168 | ,066 | ,119 | ,071 | ,518 |
| F12 | ,681 | ,126 | ,076 | ,068 | ,028 | ,491 |
| F13 | ,615 | ,098 | ,093 | ,118 | ,082 | ,417 |
| F14 | ,578 | ,121 | ,050 | ,062 | ,021 | ,355 |
| F15 | ,419 | ,299 | ,036 | -,001 | ,030 | ,267 |
| F16 | ,458 | ,171 | ,188 | ,032 | ,256 | ,341 |
| F17 | ,601 | ,126 | ,155 | ,035 | -,017 | ,402 |
| F18 | ,529 | ,117 | ,181 | ,025 | ,141 | ,347 |
| F19 | ,576 | ,045 | ,109 | ,131 | ,084 | ,369 |
| F20 | ,547 | ,133 | ,183 | ,139 | ,060 | ,373 |
| F21 | ,692 | ,206 | ,103 | ,075 | ,089 | ,546 |
| Nahe Beziehungen RESG | | | | | | |
| G1 | ,191 | ,107 | ,676 | ,138 | -,026 | ,525 |
| G2 | ,231 | ,093 | ,707 | ,108 | -,064 | ,578 |
| G3 | ,196 | ,100 | ,696 | ,156 | -,024 | ,558 |
| G4 | ,143 | ,038 | ,743 | ,147 | -,041 | ,598 |
| G5 | ,174 | ,148 | ,700 | ,034 | ,143 | ,563 |
| G6 | ,205 | ,115 | ,603 | ,059 | ,066 | ,427 |
| G7 | ,203 | ,161 | ,641 | ,048 | ,060 | ,484 |
| G8 | ,016 | ,019 | ,479 | ,000 | ,093 | ,239 |
| G9 | ,070 | ,122 | ,499 | ,178 | ,167 | ,328 |
| G10 | ,197 | -,031 | ,653 | ,149 | -,009 | ,489 |
| G11 | ,038 | ,080 | ,605 | ,049 | ,069 | ,381 |
| G12 | -,004 | ,138 | ,551 | ,046 | ,012 | ,325 |
| G13 | ,173 | ,023 | ,739 | ,097 | -,010 | ,587 |
| G14 | ,065 | ,129 | ,717 | ,126 | ,043 | ,552 |
| G15 | ,148 | ,030 | ,795 | ,115 | -,059 | ,671 |
| G16 | ,043 | ,030 | ,555 | ,088 | -,012 | ,319 |
| Sinnfindung RESH | | | | | | |
| H1 | ,463 | ,297 | ,239 | ,155 | ,028 | ,384 |
| H2 | ,471 | ,382 | ,170 | ,095 | -,023 | ,406 |
| H3 | ,474 | ,111 | ,223 | ,141 | ,029 | ,307 |
| H4 | ,426 | ,138 | ,279 | ,121 | ,025 | ,294 |
| H5 | ,347 | ,363 | ,154 | ,023 | ,199 | ,316 |
| H6 | ,132 | ,151 | ,057 | -,101 | ,518 | ,322 |
| H7 | ,584 | ,167 | ,164 | ,055 | ,047 | ,402 |
| H8 | ,486 | ,274 | ,203 | ,110 | ,036 | ,366 |
| H9 | ,306 | ,249 | ,469 | ,094 | ,057 | ,388 |
| H10 | ,236 | ,586 | ,210 | -,102 | ,175 | ,484 |
| H11 | ,420 | ,477 | ,201 | ,004 | ,128 | ,461 |
| H12 | ,528 | ,322 | ,151 | ,073 | ,154 | ,434 |
| Eigenwert | 29,81 | 6,53 | 4,57 | 3,31 | 2,88 | |
| Varianz in % | 11,04 | 10,26 | 7,92 | 6,89 | 4,15 | |

Tabelle B4: Ergebnisse der Hauptkomponenten-Faktorenanalyse der RES-Items mit Varimax-Rotation (fünffaktorielle Lösung), Erstmessung, Psychosomatikstichprobe, N=186

| RES-Items | Faktoren | | | | | h ² |
|-----------------------------------|-------------|-------|-------|-------------|-------------|----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Wohlbefinden RESA | | | | | | |
| A1 | ,188 | ,138 | ,387 | ,542 | ,042 | ,499 |
| A2 | ,436 | ,239 | ,043 | ,399 | -,049 | ,410 |
| A3 | ,195 | ,071 | ,353 | ,523 | -,143 | ,462 |
| A4 | ,715 | ,206 | ,100 | -,010 | -,121 | ,579 |
| A5 | ,750 | ,114 | ,065 | ,294 | ,018 | ,667 |
| A6 | ,543 | ,079 | ,135 | ,087 | ,016 | ,327 |
| A7 | ,600 | ,158 | ,091 | ,095 | ,122 | ,418 |
| A8 | ,176 | ,013 | ,092 | -,057 | ,391 | ,196 |
| A9 | ,610 | ,054 | ,098 | ,116 | ,154 | ,422 |
| A10 | ,529 | -,030 | -,092 | ,188 | ,232 | ,379 |
| A11 | ,599 | ,151 | -,003 | ,233 | ,133 | ,454 |
| A12 | ,630 | ,102 | ,111 | ,387 | ,028 | ,570 |
| Stressbewältigung RESB | | | | | | |
| B1 | ,407 | ,189 | ,085 | ,186 | ,148 | ,265 |
| B2 | ,456 | ,157 | ,142 | ,238 | ,128 | ,326 |
| B3 | ,370 | ,236 | ,136 | ,194 | ,212 | ,293 |
| B4 | ,307 | ,265 | ,202 | ,146 | ,171 | ,256 |
| B5 | ,508 | ,072 | ,174 | ,127 | ,042 | ,312 |
| B6 | ,251 | ,028 | -,034 | ,177 | ,332 | ,207 |
| B7 | ,754 | ,099 | ,069 | ,012 | -,071 | ,589 |
| B8 | ,522 | ,156 | ,121 | ,274 | ,238 | ,444 |
| B9 | -,032 | -,207 | -,033 | -,023 | ,460 | ,257 |
| B10 | ,580 | ,019 | ,034 | ,310 | ,201 | ,475 |
| B11 | ,487 | ,362 | ,107 | ,242 | ,126 | ,454 |
| B12 | -,050 | -,070 | ,004 | -,014 | ,435 | ,196 |
| B13 | ,295 | ,184 | ,042 | ,286 | ,174 | ,235 |
| B14 | ,062 | ,145 | -,097 | ,047 | ,186 | ,071 |
| Unterstützung RESC | | | | | | |
| C1 | ,372 | ,098 | ,195 | ,549 | -,017 | ,488 |
| C2 | ,294 | ,022 | ,132 | ,537 | ,284 | ,473 |
| C3 | ,410 | ,044 | ,153 | ,487 | ,203 | ,472 |
| C4 | ,286 | ,113 | ,124 | ,680 | ,066 | ,577 |
| C5 | ,149 | ,192 | ,196 | ,702 | ,055 | ,594 |
| C6 | ,104 | ,139 | ,223 | ,702 | ,086 | ,580 |
| C7 | ,143 | ,139 | ,167 | ,649 | -,095 | ,498 |
| C8 | ,124 | ,163 | ,209 | ,745 | ,039 | ,642 |
| C9 | ,186 | ,139 | ,201 | ,627 | ,177 | ,518 |
| C10 | ,151 | ,117 | ,205 | ,735 | ,055 | ,621 |
| C11 | ,186 | ,077 | -,005 | ,391 | ,247 | ,255 |

Tabelle B4: Fortsetzung

| Krisenbewältigung RESD | | | | | | |
|----------------------------|-------------|-------------|-------|-------------|-------------|------|
| D1 | ,033 | ,234 | -,038 | ,330 | ,373 | ,305 |
| D2 | ,144 | ,356 | ,095 | ,216 | ,359 | ,332 |
| D3 | ,322 | ,050 | -,041 | ,257 | ,260 | ,241 |
| D4 | ,247 | ,097 | -,043 | ,209 | ,309 | ,211 |
| D5 | ,149 | ,033 | ,079 | -,079 | ,434 | ,224 |
| D6 | ,060 | ,298 | -,088 | ,083 | ,208 | ,151 |
| D7 | ,198 | ,294 | -,167 | ,143 | ,415 | ,346 |
| D8 | ,303 | ,248 | -,012 | ,019 | ,251 | ,217 |
| D9 | ,288 | ,325 | ,071 | ,207 | ,216 | ,283 |
| D10 | ,019 | ,108 | ,030 | ,041 | ,658 | ,448 |
| D11 | ,165 | ,145 | ,067 | ,105 | ,443 | ,261 |
| D12 | ,420 | ,253 | ,061 | ,016 | ,272 | ,318 |
| D13 | ,044 | ,041 | -,002 | ,274 | ,243 | ,138 |
| D14 | ,151 | ,035 | -,063 | ,405 | ,471 | ,414 |
| D15 | ,258 | ,221 | ,098 | ,287 | ,462 | ,421 |
| D16 | ,130 | ,208 | ,152 | ,097 | ,218 | ,140 |
| D17 | -,091 | ,094 | -,005 | ,205 | ,229 | ,112 |
| D18 | ,183 | ,076 | ,042 | ,521 | ,242 | ,370 |
| Selbstwerterleben RESE | | | | | | |
| E1 | ,286 | ,324 | ,062 | ,441 | ,060 | ,389 |
| E2 | ,461 | ,327 | ,051 | ,443 | -,030 | ,519 |
| E3 | ,549 | ,370 | -,044 | ,286 | -,005 | ,522 |
| E4 | ,451 | ,173 | ,067 | ,212 | ,203 | ,324 |
| E5 | ,543 | ,212 | ,045 | ,388 | ,025 | ,493 |
| E6 | ,755 | ,164 | ,039 | -,072 | ,001 | ,604 |
| E7 | ,508 | ,353 | ,033 | ,125 | ,274 | ,475 |
| E8 | ,543 | ,174 | ,001 | ,086 | ,072 | ,338 |
| E9 | ,498 | ,360 | ,189 | ,091 | ,325 | ,527 |
| E10 | ,476 | ,496 | ,080 | ,036 | ,112 | ,492 |
| E11 | ,393 | ,185 | -,029 | ,159 | ,201 | ,256 |
| E12 | ,554 | ,251 | ,048 | ,123 | ,168 | ,415 |
| E13 | ,465 | ,271 | -,010 | ,155 | ,004 | ,313 |
| Pos. Selbstkonzept RESF | | | | | | |
| F1 | ,480 | ,389 | ,153 | ,065 | ,021 | ,410 |
| F2 | ,107 | ,615 | ,080 | ,044 | ,058 | ,401 |
| F3 | ,167 | ,692 | ,022 | ,087 | ,088 | ,523 |
| F4 | ,048 | ,569 | ,138 | ,306 | ,135 | ,457 |
| F5 | ,375 | ,493 | ,131 | ,298 | ,096 | ,499 |
| F6 | ,492 | ,510 | ,173 | ,300 | ,018 | ,622 |
| F7 | ,215 | ,448 | ,002 | ,129 | -,034 | ,265 |
| F8 | ,187 | ,567 | ,150 | ,023 | ,134 | ,398 |
| F9 | ,165 | ,584 | ,143 | ,036 | ,094 | ,398 |
| F10 | ,098 | ,709 | ,087 | ,153 | -,067 | ,547 |
| F11 | ,178 | ,682 | ,090 | ,073 | ,054 | ,513 |
| F12 | ,136 | ,702 | ,024 | ,018 | -,063 | ,516 |
| F13 | ,096 | ,554 | ,079 | ,134 | -,009 | ,341 |
| F14 | ,083 | ,549 | ,083 | ,064 | ,024 | ,320 |
| F15 | ,325 | ,332 | -,038 | ,129 | -,077 | ,240 |
| F16 | ,180 | ,552 | ,108 | ,139 | -,011 | ,369 |
| F17 | ,065 | ,593 | -,038 | ,113 | -,023 | ,371 |
| F18 | ,107 | ,676 | ,112 | ,061 | ,097 | ,494 |
| F19 | ,025 | ,586 | ,034 | ,222 | ,149 | ,417 |
| F20 | ,201 | ,637 | ,061 | ,092 | -,030 | ,459 |
| F21 | ,050 | ,696 | ,041 | ,140 | ,045 | ,510 |

Tabelle B4: Fortsetzung

| Nahe Beziehungen RESG | | | | | | |
|--------------------------|-------|-------|------|-------|-------|------|
| G1 | ,044 | ,107 | ,735 | ,063 | ,075 | ,564 |
| G2 | ,057 | ,145 | ,711 | ,095 | -,114 | ,552 |
| G3 | ,160 | ,219 | ,719 | ,081 | ,102 | ,608 |
| G4 | ,038 | ,086 | ,788 | ,101 | ,062 | ,644 |
| G5 | ,177 | ,132 | ,740 | ,167 | ,082 | ,630 |
| G6 | ,246 | ,228 | ,579 | ,070 | ,029 | ,454 |
| G7 | ,231 | ,132 | ,687 | ,029 | -,088 | ,551 |
| G8 | ,127 | ,056 | ,501 | -,010 | -,005 | ,270 |
| G9 | ,148 | ,038 | ,693 | ,081 | ,096 | ,520 |
| G10 | -,034 | ,225 | ,709 | ,050 | ,088 | ,565 |
| G11 | ,060 | ,056 | ,610 | ,205 | ,018 | ,421 |
| G12 | ,129 | ,037 | ,468 | ,281 | -,168 | ,345 |
| G13 | ,014 | ,072 | ,766 | ,091 | ,071 | ,605 |
| G14 | ,015 | -,018 | ,675 | ,259 | -,025 | ,524 |
| G15 | ,028 | ,106 | ,853 | ,097 | -,017 | ,749 |
| G16 | -,081 | -,056 | ,391 | ,066 | ,064 | ,171 |
| Sinnfindung RESH | | | | | | |
| H1 | ,317 | ,496 | ,135 | ,132 | ,064 | ,386 |
| H2 | ,326 | ,503 | ,066 | -,025 | ,065 | ,368 |
| H3 | ,056 | ,491 | ,188 | ,026 | ,071 | ,285 |
| H4 | ,054 | ,485 | ,307 | ,049 | ,089 | ,343 |
| H5 | ,253 | ,344 | ,234 | -,114 | ,096 | ,259 |
| H6 | ,088 | ,072 | ,096 | ,087 | ,550 | ,333 |
| H7 | ,210 | ,562 | ,024 | -,027 | ,075 | ,367 |
| H8 | ,236 | ,461 | ,194 | ,103 | ,259 | ,384 |
| H9 | ,036 | ,327 | ,447 | ,204 | -,064 | ,354 |
| H10 | ,593 | ,171 | ,197 | -,030 | ,041 | ,422 |
| H11 | ,397 | ,475 | ,162 | ,026 | ,121 | ,425 |
| H12 | ,376 | ,496 | ,118 | ,060 | ,275 | ,480 |
| Eigenwert | 27,07 | 7,34 | 5,95 | 4,07 | 3,29 | |
| Varianz in % | 11,09 | 10,63 | 7,73 | 7,33 | 4,01 | |

Tabelle B5: Itemcharakteristika bei Erstmessung: Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), Trennschärfekoeffizienten (r(it)), Gesamtstichprobe

| | M | SD | r(it) |
|------------------------------|------|------|-------|
| Wohlbefinden RESA (N=696) | | | |
| a1 | 3,65 | 1,90 | ,56 |
| a2 | 3,32 | 1,74 | ,53 |
| a3 | 3,96 | 2,07 | ,50 |
| a4 | 2,76 | 1,94 | ,63 |
| a5 | 2,69 | 1,76 | ,73 |
| a6 | 2,59 | 1,93 | ,62 |
| a7 | 3,20 | 1,85 | ,66 |
| a8 | ,55 | 1,23 | ,25 |
| a9 | 2,79 | 1,87 | ,68 |
| a10 | 3,28 | 1,86 | ,58 |
| a11 | 3,31 | 1,99 | ,65 |
| a12 | 2,86 | 1,90 | ,72 |

Tabelle B5: Fortsetzung

| Stressbewältigung RESB (N=661) | | | |
|--|------|------|-----|
| b1 | 3,40 | 1,70 | ,57 |
| b2 | 3,60 | 1,73 | ,66 |
| b3 | 3,52 | 1,73 | ,53 |
| b4 | 3,46 | 1,65 | ,59 |
| b5 | 3,24 | 1,85 | ,64 |
| b6 | 2,06 | 1,75 | ,44 |
| b7 | 2,91 | 1,94 | ,55 |
| b8 | 2,86 | 1,68 | ,65 |
| b9 | 2,36 | 1,80 | ,11 |
| b10 | 2,82 | 1,84 | ,55 |
| b11 | 3,67 | 1,72 | ,65 |
| b12 | 2,71 | 1,87 | ,10 |
| b13 | 3,25 | 1,68 | ,53 |
| b14 | 2,92 | 1,82 | ,30 |
| Unterstützung RESC (N=698) | | | |
| c1 | 3,41 | 1,74 | ,55 |
| c2 | 2,99 | 1,76 | ,64 |
| c3 | 2,98 | 1,88 | ,66 |
| c4 | 3,66 | 1,93 | ,68 |
| c5 | 4,20 | 1,70 | ,75 |
| c6 | 3,69 | 1,85 | ,71 |
| c7 | 3,84 | 1,74 | ,62 |
| c8 | 3,65 | 1,84 | ,73 |
| c9 | 3,28 | 1,85 | ,65 |
| c10 | 4,18 | 1,73 | ,73 |
| c11 | 2,14 | 1,97 | ,46 |
| Krisenbewältigung RESO (N=644) | | | |
| d1 | 3,05 | 1,48 | ,53 |
| d2 | 3,66 | 1,56 | ,56 |
| d3 | 2,95 | 1,76 | ,51 |
| d4 | 3,30 | 1,73 | ,57 |
| d5 | 2,96 | 1,88 | ,34 |
| d6 | 3,17 | 1,66 | ,43 |
| d7 | 3,04 | 2,70 | ,35 |
| d8 | 2,42 | 1,81 | ,43 |
| d9 | 3,28 | 1,73 | ,51 |
| d10 | 1,60 | 1,91 | ,34 |
| d11 | 3,01 | 1,66 | ,49 |
| d12 | 3,46 | 1,72 | ,51 |
| d13 | 3,13 | 2,12 | ,34 |
| d14 | 2,90 | 1,87 | ,53 |
| d15 | 3,59 | 1,57 | ,56 |
| d16 | 3,75 | 1,58 | ,47 |
| d17 | 2,37 | 2,02 | ,19 |
| d18 | 3,96 | 1,66 | ,47 |
| | | | |

Tabelle B5: Fortsetzung

| Selbstwelterleben RESE (N=681) | | | |
|---|------|------|-----|
| e1 | 3,84 | 1,73 | ,60 |
| e2 | 3,53 | 1,72 | ,71 |
| e3 | 3,49 | 1,70 | ,68 |
| e4 | 3,00 | 1,76 | ,62 |
| e5 | 2,71 | 1,84 | ,63 |
| e6 | 2,86 | 1,97 | ,60 |
| e7 | 2,71 | 1,79 | ,65 |
| e8 | 3,25 | 1,78 | ,64 |
| e9 | 3,50 | 1,78 | ,70 |
| e10 | 3,43 | 1,68 | ,69 |
| e11 | 3,33 | 1,73 | ,56 |
| e12 | 2,70 | 1,75 | ,63 |
| e13 | 3,19 | 1,68 | ,70 |
| Positives Selbstkonzept RESF (N=693) | | | |
| f1 | 3,32 | 1,86 | ,42 |
| f2 | 3,34 | 1,57 | ,58 |
| f3 | 4,19 | 1,41 | ,63 |
| f4 | 4,15 | 1,48 | ,49 |
| f5 | 3,46 | 1,82 | ,58 |
| f6 | 3,48 | 1,71 | ,65 |
| f7 | 3,38 | 1,71 | ,47 |
| f8 | 2,96 | 1,63 | ,62 |
| f9 | 3,58 | 1,68 | ,62 |
| f10 | 4,10 | 1,46 | ,62 |
| f11 | 3,10 | 1,48 | ,69 |
| f12 | 3,19 | 1,54 | ,67 |
| f13 | 3,55 | 1,51 | ,62 |
| f14 | 3,69 | 1,47 | ,56 |
| f15 | 2,96 | 1,65 | ,44 |
| f16 | 3,17 | 1,51 | ,55 |
| f17 | 4,43 | 1,50 | ,53 |
| f18 | 3,94 | 1,45 | ,56 |
| f19 | 4,22 | 1,42 | ,54 |
| f20 | 4,00 | 1,50 | ,85 |
| f21 | 3,66 | 1,45 | ,69 |
| Nahe Beziehungen RESG (N=594) | | | |
| g1 | 4,76 | 1,39 | ,70 |
| g2 | 4,76 | 1,43 | ,68 |
| g3 | 4,44 | 1,47 | ,67 |
| g4 | 5,09 | 1,24 | ,73 |
| g5 | 3,86 | 1,70 | ,71 |
| g6 | 3,78 | 1,69 | ,61 |
| g7 | 3,78 | 1,68 | ,67 |
| g8 | 3,43 | 1,95 | ,43 |
| g9 | 3,74 | 1,74 | ,49 |
| g10 | 4,94 | 1,37 | ,63 |
| g11 | 3,99 | 2,18 | ,58 |
| g12 | 2,96 | 2,52 | ,51 |
| g13 | 4,92 | 1,49 | ,73 |
| g14 | 3,94 | 1,83 | ,69 |
| g15 | 4,73 | 1,49 | ,80 |
| g16 | 4,73 | 2,61 | ,50 |
| | | | |

Tabelle B5: Fortsetzung

| Sinnfindung RESH (N=662) | | | |
|------------------------------------|------|------|-----|
| h1 | 3,78 | 1,61 | ,59 |
| h2 | 3,67 | 1,56 | ,61 |
| h3 | 4,60 | 1,21 | ,54 |
| h4 | 4,63 | 1,34 | ,52 |
| h5 | 3,99 | 1,59 | ,60 |
| h6 | 1,50 | 1,86 | ,27 |
| h7 | 4,05 | 1,59 | ,57 |
| h8 | 4,54 | 1,43 | ,62 |
| h9 | 4,33 | 1,57 | ,54 |
| h10 | 3,22 | 1,89 | ,55 |
| h11 | 3,65 | 1,62 | ,63 |
| h12 | 3,97 | 1,54 | ,67 |

Tabelle B6: Itemcharakteristika bei Zweitmessung: Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), Trennschärfeffizienten (r(it))

| | M | SD | r(it) |
|--|----------|-----------|--------------|
| Wohlbefinden XRESA (N=450) | | | |
| xa1 | 3,38 | 1,95 | ,60 |
| xa2 | 3,67 | 1,84 | ,55 |
| xa3 | 3,55 | 2,09 | ,51 |
| xa4 | 3,06 | 2,11 | ,57 |
| xa5 | 3,66 | 1,64 | ,70 |
| xa6 | 4,45 | 1,59 | ,55 |
| xa7 | 4,48 | 1,55 | ,62 |
| xa8 | ,70 | 1,44 | ,20 |
| xa9 | 4,18 | 1,66 | ,57 |
| xa10 | 2,89 | 2,10 | ,54 |
| xa11 | 3,76 | 1,92 | ,68 |
| xa12 | 3,65 | 1,85 | ,68 |
| Stressbewältigung XRSEB (N=340) | | | |
| xb1 | 3,66 | 1,72 | ,69 |
| xb2 | 4,06 | 1,75 | ,74 |
| xb3 | 3,97 | 1,76 | ,68 |
| xb4 | 3,44 | 1,83 | ,69 |
| xb5 | 4,00 | 1,84 | ,65 |
| xb6 | 2,38 | 1,88 | ,46 |
| xb7 | 3,49 | 2,09 | ,61 |
| xb8 | 3,28 | 1,80 | ,75 |
| xb9 | 2,22 | 1,83 | ,27 |
| xb10 | 3,82 | 1,89 | ,55 |
| xb11 | 4,05 | 1,78 | ,67 |
| xb12 | 2,57 | 1,80 | ,74 |
| xb13 | 3,23 | 1,80 | ,16 |
| xb14 | 2,94 | 1,79 | ,59 |
| Unterstützung XRESC (N=362) | | | |
| xc1 | 3,96 | 1,64 | ,67 |
| xc2 | 3,16 | 1,73 | ,68 |
| xc3 | 3,19 | 1,93 | ,70 |
| xc4 | 3,31 | 1,97 | ,78 |
| xc5 | 3,96 | 1,85 | ,78 |
| xc6 | 3,31 | 1,92 | ,74 |
| xc7 | 4,20 | 1,64 | ,65 |
| xc8 | 3,79 | 1,85 | ,71 |
| xc9 | 3,22 | 1,94 | ,72 |
| xc10 | 3,82 | 1,84 | ,77 |
| xc11 | 2,54 | 1,96 | ,50 |

Tabelle B6: Fortsetzung

| Krisenbewältigung XRES D (N=456) | | | |
|--|------|------|-----|
| xd1 | 3,40 | 1,62 | ,60 |
| xd2 | 3,92 | 1,59 | ,61 |
| xd3 | 3,55 | 1,75 | ,56 |
| xd4 | 3,64 | 1,72 | ,63 |
| xd5 | 3,03 | 1,76 | ,31 |
| xd6 | 3,29 | 1,67 | ,43 |
| xd7 | 3,04 | 1,74 | ,59 |
| xd8 | 2,75 | 1,86 | ,47 |
| xd9 | 3,37 | 1,73 | ,57 |
| xd10 | 1,66 | 1,96 | ,36 |
| xd11 | 3,37 | 1,63 | ,54 |
| xd12 | 3,84 | 1,67 | ,59 |
| xd13 | 3,41 | 1,93 | ,49 |
| xd14 | 3,23 | 1,87 | ,59 |
| xd15 | 3,75 | 1,56 | ,68 |
| xd16 | 3,85 | 1,67 | ,47 |
| xd17 | 2,41 | 2,01 | ,16 |
| xd18 | 3,93 | 1,59 | ,48 |
| Selbstwernerleben XRESE (N=476) | | | |
| xe1 | 3,65 | 1,62 | ,71 |
| xe2 | 3,68 | 1,66 | ,73 |
| xe3 | 3,72 | 1,63 | ,76 |
| xe4 | 3,39 | 1,83 | ,63 |
| xe5 | 3,47 | 1,84 | ,70 |
| xe6 | 4,49 | 1,62 | ,61 |
| xe7 | 3,45 | 1,82 | ,70 |
| xe8 | 4,10 | 1,76 | ,70 |
| xe9 | 3,87 | 1,75 | ,79 |
| xe10 | 4,02 | 1,59 | ,77 |
| xe11 | 3,23 | 1,89 | ,57 |
| xe12 | 3,46 | 1,82 | ,78 |
| xe13 | 3,89 | 1,68 | ,73 |
| Positives Selbstkonzept XRESF (N=480) | | | |
| xf1 | 3,85 | 1,69 | ,56 |
| xf2 | 3,87 | 1,66 | ,52 |
| xf3 | 4,56 | 1,29 | ,71 |
| xf4 | 4,33 | 1,39 | ,55 |
| xf5 | 4,06 | 1,71 | ,70 |
| xf6 | 4,16 | 1,61 | ,73 |
| xf7 | 3,74 | 1,67 | ,61 |
| xf8 | 3,42 | 1,60 | ,65 |
| xf9 | 4,08 | 1,50 | ,69 |
| xf10 | 4,34 | 1,33 | ,68 |
| xf11 | 3,71 | 1,42 | ,75 |
| xf12 | 3,79 | 1,49 | ,74 |
| xf13 | 4,08 | 1,45 | ,65 |
| xf14 | 4,08 | 1,42 | ,66 |
| xf15 | 3,68 | 1,65 | ,58 |
| xf16 | 3,54 | 1,56 | ,63 |
| xf17 | 4,71 | 1,42 | ,61 |
| xf18 | 4,25 | 1,39 | ,63 |
| xf19 | 4,34 | 1,43 | ,65 |
| xf20 | 4,33 | 1,50 | ,64 |
| xf21 | 4,22 | 1,46 | ,77 |
| | | | |

Tabelle B6: Fortsetzung

| Nahe Beziehungen XRESG (N=405) | | | |
|-----------------------------------|------|------|-----|
| xg1 | 4,97 | 1,30 | ,75 |
| xg2 | 4,93 | 1,38 | ,70 |
| xg3 | 4,83 | 1,37 | ,76 |
| xg4 | 5,27 | 1,13 | ,74 |
| xg5 | 4,21 | 1,62 | ,71 |
| xg6 | 4,08 | 1,59 | ,65 |
| xg7 | 4,20 | 1,52 | ,72 |
| xg8 | 3,62 | 1,96 | ,46 |
| xg9 | 3,80 | 1,74 | ,55 |
| xg10 | 5,06 | 1,26 | ,71 |
| xg11 | 4,38 | 2,02 | ,63 |
| xg12 | 3,63 | 2,47 | ,58 |
| xg13 | 5,10 | 1,27 | ,77 |
| xg14 | 4,32 | 1,73 | ,74 |
| xg15 | 4,98 | 1,34 | ,82 |
| xg16 | 4,79 | 1,45 | ,79 |
| Sinnfindung XRESH (N=470) | | | |
| xh1 | 4,17 | 1,50 | ,66 |
| xh2 | 4,10 | 1,49 | ,71 |
| xh3 | 4,57 | 1,29 | ,65 |
| xh4 | 4,64 | 1,29 | ,59 |
| xh5 | 4,56 | 1,44 | ,68 |
| xh6 | 1,71 | 2,05 | ,22 |
| xh7 | 4,53 | 1,45 | ,68 |
| xh8 | 4,78 | 1,34 | ,73 |
| xh9 | 4,68 | 1,42 | ,60 |
| xh10 | 4,04 | 1,71 | ,61 |
| xh11 | 4,27 | 1,47 | ,69 |
| xh12 | 4,42 | 1,46 | ,76 |

Tabelle B7: Interkorrelationen der RES-Bereiche (nach Pearson, zweiseitig) zu Therapiebeginn
687 ≤ N ≤ 734

| | RESA | RESB | RESC | RESD | RESE | RESF | RESG | RESH |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|
| RESA | | | | | | | | |
| RESB | ,715** | | | | | | | |
| RESC | ,610** | ,614** | | | | | | |
| RESD | ,514** | ,599** | ,529** | | | | | |
| RESE | ,704** | ,710** | ,598** | ,613** | | | | |
| RESF | ,548** | ,560** | ,513** | ,580** | ,684** | | | |
| RESG | ,422** | ,300** | ,448** | ,261** | ,371** | ,403** | | |
| RESH | ,608** | ,582** | ,509** | ,524** | ,680** | ,719** | ,464** | |

Tabelle B8: Kreuztabelle Arbeitsunfähigkeit (AU) zu Therapiebeginn und –ende

| | | Therapieende | | Gesamt |
|---------------------------------|----------|---------------------|-------|--------|
| | | nicht au | au | |
| Therapie- beginn | nicht au | Anzahl | 85 | 9 |
| | | % der Gesamtzahl | 47,0% | 5,0% |
| | au | Anzahl | 50 | 37 |
| | | % der Gesamtzahl | 27,6% | 20,4% |
| Gesamt | | Anzahl | 135 | 46 |
| Chi ² =25,89; p=,000 | | % der Gesamtzahl | 74,6% | 25,4% |
| | | | | 100,0% |

Tabelle B9: T-Test für gepaarte Stichproben für Depressivität und Psychopathologische Belastung zu Therapiebeginn und -ende

| BDIges | | XBDIges | | T | df | Sig. (1-seitig) | K ¹ | d' |
|--------|-------|---------|-------|-------|-----|--------------------|----------------|-----|
| M | SD | M | SD | | | | | |
| 15,78 | 10,13 | 11,50 | 10,66 | 5,452 | 131 | ,000 | ** | ,67 |
| SCLGSI | | XSCLGSI | | T | Df | Sig. (1-seitig) | K ¹ | d' |
| M | SD | M | SD | | | | | |
| 1,10 | 0,69 | ,88 | 0,75 | 4,517 | 164 | ,000 | ** | ,49 |

Tabelle B10: Kreuztabelle Arbeitsunfähigkeit (AU) getrennt für Therapiebeginn bzw. -ende und Katamnese

| | | | Katamnese | | Gesamt |
|---------------------------------|----------|---------------------|-----------|-------|--------|
| | | | nicht au | Au | |
| Therapie- beginn | nicht au | Anzahl | 50 | 29 | 79 |
| | | % der Gesamtzahl | 34,2% | 19,9% | 54,1% |
| | au | Anzahl | 28 | 39 | 67 |
| | | % der Gesamtzahl | 19,2% | 26,7% | 45,9% |
| Gesamt | | Anzahl | 78 | 68 | 146 |
| Chi ² =24,35; p=,000 | | % der Gesamtzahl | 53,4% | 46,6% | 100,0% |
| | | | Katamnese | | Gesamt |
| | | | nicht au | Au | |
| Therapie- Ende | nicht au | Anzahl | 72 | 39 | 111 |
| | | % der Gesamtzahl | 49,3% | 26,7% | 76,0% |
| | au | Anzahl | 6 | 29 | 35 |
| | | % der Gesamtzahl | 4,1% | 19,9% | 24,0% |
| Gesamt | | Anzahl | 78 | 68 | 146 |
| Chi ² =24,35; p=,000 | | % der Gesamtzahl | 53,4% | 46,6% | 100,0% |

Tabelle B11: Kreuztabelle Arbeitsunfähigkeit (AU) zu Therapiebeginn und -ende, Katamnese (N= 146)

| Therapie- beginn | | | | Katamnese | | Gesamt |
|---------------------|--------------|----------|---------------------|-----------|-------|--------|
| | | | | nicht au | au | |
| nicht au | Therapieende | nicht au | Anzahl | 48 | 24 | 72 |
| | | | % der Gesamtzahl | 60,8% | 30,4% | 91,1% |
| | | au | Anzahl | 2 | 5 | 7 |
| | | | % der Gesamtzahl | 2,5% | 6,3% | 8,9% |
| | Gesamt | | Anzahl | 50 | 29 | 79 |
| | | | % der Gesamtzahl | 63,3% | 36,7% | 100,0% |
| au | Therapieende | nicht au | Anzahl | 24 | 15 | 39 |
| | | | % der Gesamtzahl | 35,8% | 22,4% | 58,2% |
| | | au | Anzahl | 4 | 24 | 28 |
| | | | % der Gesamtzahl | 6,0% | 35,8% | 41,8% |
| | Gesamt | | Anzahl | 28 | 39 | 67 |
| | | | % der Gesamtzahl | 41,8% | 58,2% | 100,0% |

Tabelle B12: Vergleich Personmerkmale von Patienten mit RES Therapiebeginn- und RES Therapiebeginn u. -ende

| | RES Therapiebeginn | RES Therapiebeginn u. -ende | |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Alter | M= 46,56 SD= 10,18 | M= 44,55 SD= 9,57 | $t_{(180)} = ,993$, $p = ,322$ |
| Geschlecht | | | |
| männlich | 18 (66,7%) | 70 (45,2%) | $\chi^2 = 4,26$, $p = ,039$ |
| weiblich | 9 (33,3%) | 85 (54,8%) | |
| Bildung | | | |
| kein Abschluss Mittlere Reife | 11 (40,7%) | 51 (32,9%) | $\chi^2 = 1,66$; $p = ,646$ |
| Reife | 15 (55,6%) | 89 (57,4%) | |
| Hochschulreife | 1 (3,7%) | 9 (5,8%) | |
| Studium | 0 | 6 (3,3%) | |
| Partnerschaft | | | |
| Ohne Partner | 4 (14,8%) | 47 (30,3%) | $\chi^2 = 2,74$; $p = ,098$ |
| Mit Partner | 23 (85,2%) | 108 (69,7%) | |
| Beruf. Sit. | | | |
| In Arbeit | 14 (51,9%) | 61 (39,4%) | $\chi^2 = 1,48$; $p = ,223$ |
| ohne Arbeit | 13 (48,1%) | 94 (60,6%) | |
| Dauer Arbeitslosigkeit (Jahre) | M= 1,37, SD= 3,34 | M= 0,95, SD= 2,07 | $t_{(180)} = ,880$; $p = ,380$ |

Tabelle B13: Vergleich Erkrankungsmerkmale von Patienten mit RES Therapiebeginn und RES Therapiebeginn u. -ende

| | RES Therapiebeginn | RES Therapiebeginn u. -ende | |
|--|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Primär Diagnosen | | | |
| F0 | 1 (3,7%) | 0 | |
| F1 | 0 | 5 (3,2%) | |
| F2 | 1 (3,7%) | 1 (0,6%) | |
| F3 | 6 (22,2%) | 50 (32,3%) | |
| F4 | 17 (63,0%) | 74 (47,7%) | |
| F5 | 0 | 9 (5,8%) | |
| F6 | 2 (7,4%) | 15 (9,7%) | |
| Sonstige (Z) | 0 | 1 (0,6%) | |
| Diagnose Persönlichkeitsstörung | | | |
| Nein | 21 (77,8%) | 126 (81,3%) | $\chi^2 = ,183$, $p = ,669$ |
| Ja | 6 (22,2%) | 29 (18,7%) | |
| Vorliegen Komorbidität | | | |
| Nein | 6 (9,5%) | 57 (36,8%) | $\chi^2 = 2,15$; $p = ,142$ |
| Ja | 12 (17,6%) | 98 (63,2%) | |
| Erkrankungsdauer (Jahre) | M= 8,19, SD= 8,17 | M= 8,63, SD= 10,46 | $t_{(168)} = -,203$; $p = ,839$ |
| Vorbehandlung | | | |
| Nein | 20 (74,1%) | 99 (63,9%) | $\chi^2 = 1,06$; $p = ,304$ |
| Ja | 7 (25,9%) | 56 (36,1%) | |
| Vorherige Suizidversuche | | | |
| Nein | | | $\chi^2 = ,001$; $p = ,981$ |
| Ja | 22 (85,5%) 5 (18,5%) | 126 (81,3%) 29 (18,7%) | |
| Arbeitsunfähigkeit (Dauer in Tagen) | M= 253,46 SD= 422,33 | M= 101,25 SD= 173,914 | $t_{(26,44)} = 1,81^*$; $p = ,081$ |

*keine Varianzhomogenität

Tabelle B14: Vergleich Psychische Belastung von Patienten mit RES Therapiebeginn und RES Therapiebeginn u. -ende

| | RES Therapiebeginn | | RES Therapiebeginn u. -ende | | T-Wert, Sig. |
|--|--------------------|-------|-----------------------------|------|---------------------------------|
| | M | SD | M | SD | |
| Depressivität (BDI) BDIGES | 16,60 | 10,64 | 16,16 | 9,97 | $t_{(155)} = ,188$; $p = ,851$ |
| Psychopatholog. Belastung (SCL90-R) SCLGSI | 1,14 | ,85 | 1,09 | ,67 | $t_{(178)} = ,386$; $p = ,700$ |

*keine Varianzhomogenität

Tabelle B15: Vergleich Behandlungsmerkmale von Patienten mit RES Therapiebeginn- und RES Therapiebeginn u. -ende

| | RES Therapiebeginn | RES Therapiebeginn u. -ende | |
|-------------------------------|---------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Behandlungszeit (Tage) | M= 35,48; SD= 13,89 | M= 42,99; SD= 9,55 | $t_{(30,43)} = -2,70^*$; $p = ,011$ |
| Entlassmodus | | | |
| Vorzeitig | 13 (48,1%) | 20 (12,9%) | $\chi^2 = 19,24$; $p = ,000$ |
| Regulär | 14 (51,9%) | 135 (87,1%) | |
| Arbeitsfähigkeit | | | |
| arbeitsfähig | 16 (59,3%) | 119 (77,3%) | $\chi^2 = 3,93$; $p = ,047$ |
| arbeitsunfähig | 11 (40,7%) | 35 (22,7%) | |
| Erwerbsfähigkeit | | | |
| Nein | 4 (14,8%) | 7 (4,5%) | $\chi^2 = 4,30$; $p = ,038$ |
| Ja | 23 (85,2%) | 148 (95,5%) | |

*keine Varianzhomogenität

Tabelle B16: Vergleich Psychische Belastung zu Therapieende von Patienten mit RES Therapiebeginn und RES Therapiebeginn u. -ende

| | RES Therapiebeginn | | RES Therapiebeginn und -ende | | T-Wert, Sig. |
|---|--------------------|-------|------------------------------|--------|--------------------------------------|
| | M | SD | M | SD | |
| Depressivität XBDIGES | 15,09 | 10,40 | 11,29 | 10,611 | $t_{(142)} = 1,142$; $p = ,255$ |
| Psychopatholog. Belastung XSCLGSI | 1,21 | 1,08 | ,85 | ,711 | $t_{(15,25)} = 1,272^*$; $p = ,222$ |

*keine Varianzhomogenität

Tabelle B17: Vergleich Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn von Patienten mit RES Therapiebeginn und RES Therapiebeginn u. -ende

| | RES Therapiebeginn | | RES Therapiebeginn und -ende | | T-Wert, Sig. |
|---------------------------------------|--------------------|------|------------------------------|------|--------------------------------------|
| | M | SD | M | SD | |
| Wohlbefinden RESA | 2,52 | 1,28 | 2,69 | 1,12 | $t_{(179)} = -,722$; $p = ,471$ |
| Stressbewältigung RESB | 2,83 | 1,15 | 2,79 | ,88 | $t_{(177)} = ,198$; $p = ,843$ |
| Unterstützung RESC | 3,20 | 1,39 | 3,19 | 1,32 | $t_{(179)} = ,034$; $p = ,973$ |
| Krisenbewältigung RESD | 2,87 | 1,15 | 3,07 | ,80 | $t_{(30,58)} = -,905^*$; $p = ,372$ |
| Selbstwerterleben RESE | 2,84 | 1,31 | 2,89 | 1,12 | $t_{(176)} = -,217$; $p = ,829$ |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,31 | 1,22 | 3,45 | ,98 | $t_{(178)} = -,672$; $p = ,503$ |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,90 | ,75 | 4,23 | 1,24 | $t_{(49,09)} = 3,68^*$; $p = ,001$ |
| Sinnfindung RESH | 3,87 | 1,05 | 3,75 | ,92 | $t_{(173)} = ,587$; $p = ,558$ |
| Ressourcengesamtwert RESGES | 3,25 | ,99 | 3,26 | ,77 | $t_{(177)} = -,035$; $p = ,972$ |

*keine Varianzhomogenität

Tabelle B18: Vergleich Personmerkmale von Patienten mit/ohne Katamnese

| | Keine Katamnese | Katamnese | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| Alter | M= 42,06 SD= 10,00 | M= 45,47 SD= 9,51 | $t_{(180)} = -1,846$; $p = ,066$ |
| Geschlecht männlich weiblich | 19 (57,6%) 14 (42,4%) | 69 (46,3%) 80 (53,7%) | $\chi^2 = 1,373$; $p = ,241$ |
| Bildung kein Abschluss Mittlere Reife Hochschulreife Studium | 12 (36,4%) 18 (54,5%) 2 (6,1%) 1 (3,0%) | 50 (33,6%) 86 (57,7%) 8 (5,4%) 5 (3,4%) | $\chi^2 = ,142$; $p = ,986$ |
| Partnerschaft Ohne Partner Mit Partner | 7 (21,2%) 26 (78,8%) | 44 (29,5%) 105 (70,5%) | $\chi^2 = 927$; $p = ,336$ |
| Berufli. Sit. In Arbeit ohne Arbeit | 25 (75,8%) 8 (24,2%) | 82 (55,0%) 67 (45,0%) | $\chi^2 = 4,79$; $p = ,029$ |
| Dauer Arbeitslosigkeit (Jahre) | M= ,42; SD= 1,44 | M= 1,14; SD= 2,43 | $t_{(78,69)} = -1,628^*$; $p = ,028$ |

Tabelle B19: Vergleich Erkrankungsmerkmale von Patienten mit/ohne Katamnese

| | Keine Katamnese | Katamnese | |
|--|-------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Primär Diagnosen | | | |
| F0 | 0 | 1 (0,7%) | |
| F1 | 1 (3,06%) | 4 (2,7%) | |
| F2 | 0 | 2 (1,3%) | |
| F3 | 7 (21,2%) | 49 (32,9%) | |
| F4 | 20 (60,6%) | 71 (47,7%) | |
| F5 | 1 (3,0%) | 8 (5,4%) | |
| F6 | 3 (9,1%) | 14 (9,4%) | |
| Sonstige (Z) | 1 (3,0%) | 0 | |
| Diagnose Persönlichkeitsstörung | | | |
| Nein | 28 (84,8%) | 119 (79,9%) | Chi ² =,432; p=,511 |
| Ja | 5 (15,2%) | 30 (20,1%) | |
| Vorliegen Komorbidität | | | |
| Nein | 12 (36,4%) | 51 (34,2%) | Chi ² =,054; p=,816 |
| Ja | 21 (63,6%) | 98 (65,8%) | |
| Erkrankungsdauer (Jahre) | M= 5,39; SD= 8,68 | M= 9,27; SD= 10,31 | t ₍₁₆₈₎ = -1,949; p=,053 |
| Vorbehandlung | | | |
| Nein | 23 (69,7%) | 96 (64,4%) | Chi ² =,331 p=,565 |
| Ja | 10 (30,3%) | 53 (35,6%) | |
| Vorherige Suizidversuche | | | |
| Nein | | | Chi ² =,821; p=,365 |
| Ja | 25 (75,8%) 8 (24,2%) | 148 (82,6%) 34 (17,4%) | |
| Arbeitsunfähigkeit (Dauer in Tagen) | M= 144,12 SD= 275,97 | M= 118,43 SD= 220,97 | t ₍₁₇₉₎ = ,576; p=,565 |

*keine Varianzhomogenität

Tabelle B20: Vergleich Psychische Belastung von Patienten mit/ohne Katamnese

| | Keine Katamnese | | Katamnese | | |
|---|-----------------|-------|-----------|------|-------------------------------------|
| | M | SD | M | SD | T-Wert, Sig. |
| Depressivität (BDI) BDIGES | 17,93 | 10,65 | 15,83 | 9,89 | t ₍₁₅₅₎ = 1,020; p= ,310 |
| Psychopatholog. Belastung (SCL90-R) SCLGSI | 1,17 | ,80 | 1,08 | ,67 | t ₍₁₇₈₎ = ,708; p= ,480 |

*keine Varianzhomogenität

Tabelle B21: Vergleich Behandlungsmerkmale von Patienten mit/ohne Katamnese

| | Keine Katamnese | Katamnese | |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------------|
| Behandlungszeit (Tage) | M= 43,12; SD= 12,66 | M= 41,60; SD= 10,13 | t ₍₁₈₀₎ = ,742; p= ,459 |
| Entlassmodus | | | |
| Vorzeitig | 5 (15,2%) | 28 (18,8%) | Chi ² = ,241; p=,623 |
| Regulär | 28 (84,8%) | 121 (81,2%) | |
| Arbeitsfähigkeit | | | |
| arbeitsfähig | 22 (66,7%) | 113 (76,4%) | Chi ² =1,34; p=,248 |
| arbeitsunfähig | 11 (33,3%) | 35 (23,6%) | |
| Erwerbsfähigkeit | | | |
| Nein | 0 (0,0%) | 11 (7,4%) | Chi ² =2,59; p=,107 |
| Ja | 33 (100,0%) | 138 (80,7%) | |

*keine Varianzhomogenität

Tabelle B22: Vergleich Psychische Belastung zu Therapieende von Patienten mit/ohne Katamnese

| | Keine Katamnese | | Katamnese | | T-Wert, Sig. |
|---|-----------------|-------|-----------|-------|----------------------------------|
| | M | SD | M | SD | |
| Depressivität (BDI) XBDIges | 13,96 | 12,68 | 11,08 | 10,11 | $t_{(142)} = 1,235; p = ,219$ |
| Psychopatholog. Belastung (SCL90-R) XSCLgsi | ,97 | ,94 | ,86 | ,71 | $t_{(35,15)} = ,622^*; p = ,538$ |

*keine Varianzhomogenität

Tabelle B23: Vergleich Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn von Patienten mit/ohne Katamnese

| | Keine Katamnese | | Katamnese | | T-Wert, Sig. |
|---------------------------------------|-----------------|------|-----------|------|-------------------------------|
| | M | SD | M | SD | |
| Wohlbefinden RESA | 2,57 | 1,22 | 2,69 | 1,13 | $t_{(179)} = -,546; p = ,586$ |
| Stressbewältigung RESB | 2,74 | ,97 | 2,81 | ,91 | $t_{(177)} = -,375; p = ,708$ |
| Unterstützung RESC | 3,44 | 1,52 | 3,13 | 1,27 | $t_{(179)} = 1,199; p = ,232$ |
| Krisenbewältigung RESD | 3,01 | ,75 | 3,05 | ,88 | $t_{(177)} = -,234; p = ,815$ |
| Selbstwerterleben RESE | 2,92 | 1,15 | 2,88 | 1,15 | $t_{(176)} = ,198; p = ,844$ |
| Pos. Selbstkonzept RESF | 3,51 | 1,09 | 3,41 | 1,01 | $t_{(178)} = ,499; p = ,618$ |
| Nahe Beziehungen RESG | 4,33 | 1,36 | 4,32 | 1,17 | $t_{(173)} = ,026; p = ,979$ |
| Sinnfindung RESH | 3,85 | ,96 | 3,75 | ,93 | $t_{(173)} = ,571; p = ,569$ |
| Ressourcengesamtwert RESGES | 3,30 | ,93 | 3,25 | ,78 | $t_{(177)} = ,291; p = ,771$ |

Tabelle B24: Vergleich Ressourcenrealisierung zu Therapieende von Patienten mit/ohne Katamnese

| | Keine Katamnese | | Katamnese | | T-Wert, Sig. |
|--|-----------------|------|-----------|------|--------------------------------|
| | M | SD | M | SD | |
| Wohlbefinden XRESA | 3,21 | 1,11 | 3,35 | 1,11 | $t_{(153)} = -,573; p = ,567$ |
| Stressbewältigung XRESB | 3,07 | ,99 | 3,26 | 1,07 | $t_{(152)} = -,832; p = ,407$ |
| Unterstützung XRESC | 3,54 | 1,49 | 3,59 | 1,26 | $t_{(153)} = -,195; p = ,845$ |
| Krisenbewältigung XRESD | 3,05 | ,85 | 3,24 | 1,03 | $t_{(152)} = -,856; p = ,394$ |
| Selbstwerterleben XRESE | 3,24 | 1,42 | 3,53 | 1,22 | $t_{(153)} = -1,076; p = ,284$ |
| Pos. Selbstkonzept XRESF | 3,61 | 1,20 | 3,78 | 1,05 | $t_{(153)} = -,688; p = ,493$ |
| Nahe Beziehungen XRESG | 4,39 | 1,34 | 4,35 | 1,34 | $t_{(148)} = ,141; p = ,888$ |
| Sinnfindung XRESH | 3,93 | 1,02 | 3,98 | 1,09 | $t_{(153)} = -,216; p = ,830$ |
| Ressourcengesamtwert XRESGES | 3,49 | 1,03 | 3,63 | ,92 | $t_{(153)} = -,717; p = ,475$ |

Abbildungen

Abbildung B1: Eigenwertdiagramm, achtfaktorielle Lösung nach Varimax-Rotation, Gesamtstichprobe, N = 736

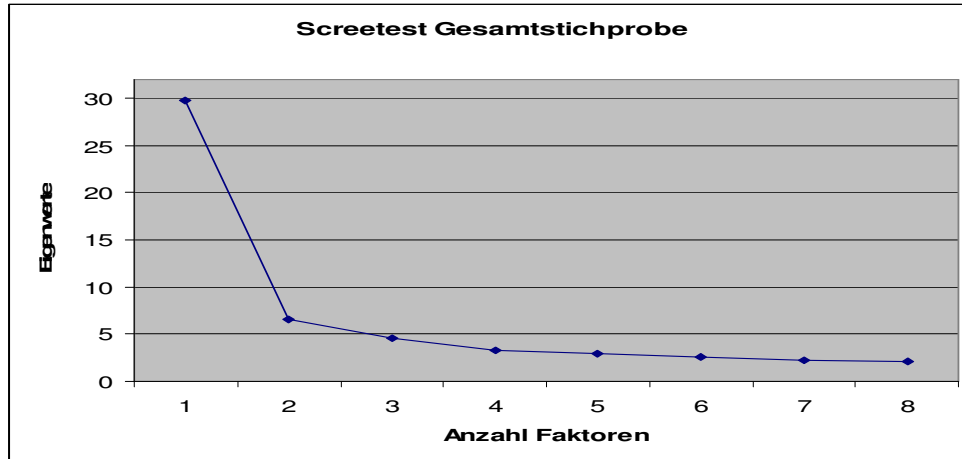


Abbildung B2: Eigenwertdiagramm, sechsfaktorielle Lösung nach Varimax-Rotation, Gesamtstichprobe, N = 736

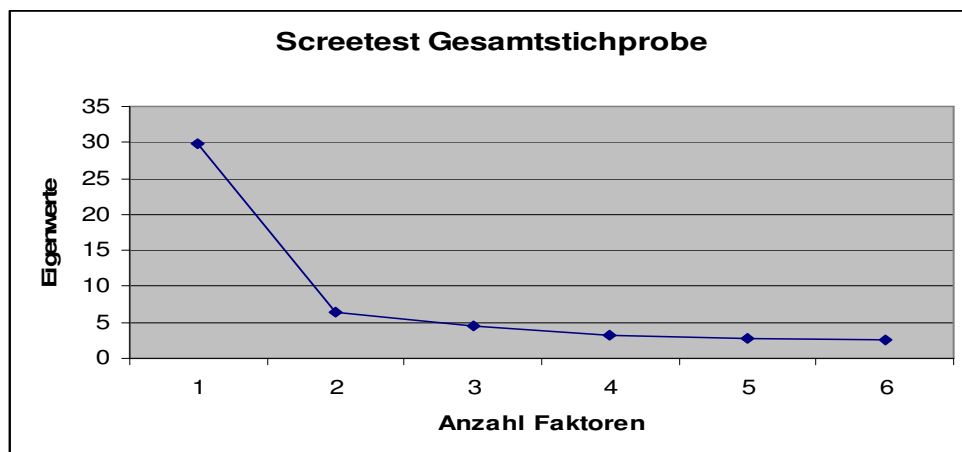


Abbildung B3: Eigenwertdiagramm, fünffaktorielle Lösung nach Varimax-Rotation, Gesamtstichprobe, N = 736

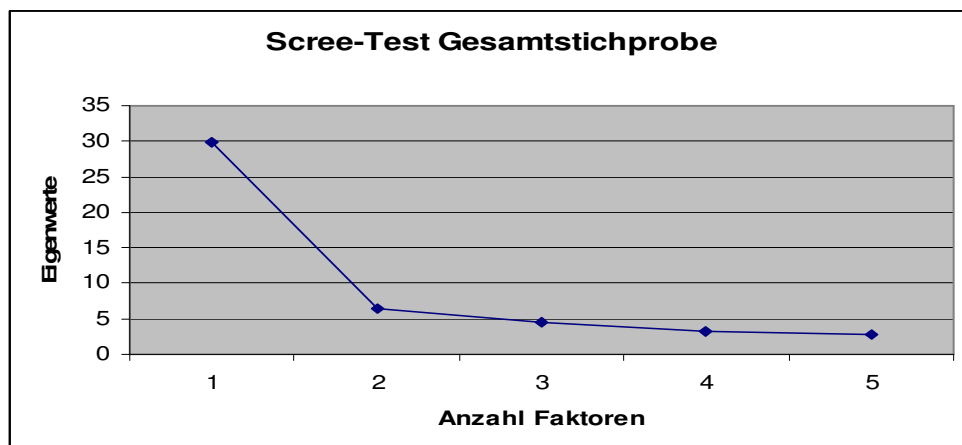
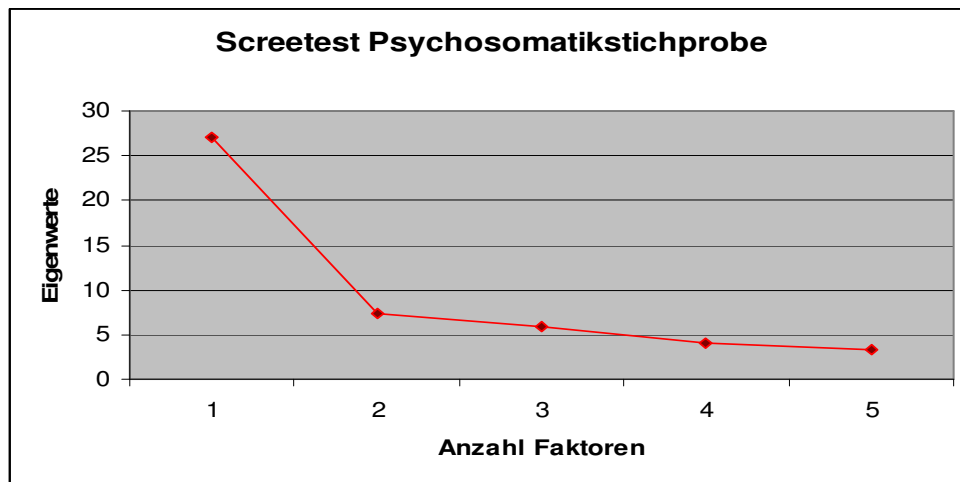


Abbildung B4: Eigenwertdiagramm fünffaktorielle Lösung nach Varimax-Rotation, Psychosomatikstichprobe, N = 184



Anhang C: Ergebnisse

Tabellen

Tabelle C1: Geringe, mittlere, hohe Ressourcenrealisierung¹ zu Therapieende für Psychosomatikpatienten, N= 150-155

| | Geringe Ressourcenrealisierung | Mittlere Ressourcenrealisierung | Hohe Ressourcenrealisierung |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| | % | % | % |
| Wohlbefinden XRESA | 26,5 | 56,7 | 16,8 |
| Stressbewältigung XRESB | 29,2 | 57,8 | 13,0 |
| Unterstützung XRESC | 25,8 | 49,7 | 24,5 |
| Krisenbewältigung XRESD | 33,8 | 47,4 | 18,8 |
| Selbstwerterleben XRESE | 21,3 | 53,5 | 25,2 |
| Pos. Selbstkonzept XRESF | 38,1 | 41,9 | 20,0 |
| Nahe Beziehungen XRESG | 27,3 | 46,7 | 26,0 |
| Sinnfindung XRESH | 29,7 | 49,6 | 27,1 |

¹Angaben über N sowie SD der NK für RESGES fehlen, so dass die durchschnittliche Streuung über die 8 Bereiche der NK verwendet wurde.

Tabelle C2: Darstellung signifikanter Folgetests (Scheffe): Ressourcenrealisierung und Diagnosegruppen

| Wohlbefinden RESA | | Affektive Störungen F3 | Angststörungen F40/41 | Anpassungs- störungen F43 | Somatoforme Störungen F45 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Affektive Störungen F3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,181 ,920 | -,603 ,116 | -,459 ,354 |
| Angststörungen F40/41 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | -,783 ,062 | -,603 ,194 |
| Anpassungsstörungen F43 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | | ,144 ,968 |
| Somatoforme Störungen F45 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | | |
| Selbstwerterleben RESE | | Affektive Störungen F3 | Angststörungen F40/41 | Anpassungs- störungen F43 | Somatoforme Störungen F45 |
| Affektive Störungen F3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | -,015 1,00 | -,586 ,127 | -,243 ,818 |
| Angststörungen F40/41 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | -,571 ,276 | -,227 ,898 |
| Anpassungsstörungen F43 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | | ,344 ,682 |
| Somatoforme Störungen F45 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | | |

Tabelle C2: Fortsetzung

| Pos. Selbstkonzept RESF | | Affektive Störungen F3 | Angststörungen F40/41 | Anpassungs- störungen F43 | Somatoforme Störungen F45 |
|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Affektive Störungen F3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,252 ,721 | -,630 ,032 | -,436 ,256 |
| Angststörungen F40/41 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | -,882 ,006+ | -,688 ,058 |
| Anpassungsstörungen F43 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | | ,193 ,886 |
| Somatoforme Störungen F45 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | | |
| Nahe Beziehungen RESG | | Affektive Störungen F3 | Angststörungen F40/41 | Anpassungs- störungen F43 | Somatoforme Störungen F45 |
| Affektive Störungen F3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | -,163 ,950 | -,486 ,312 | -,779 ,048 |
| Angststörungen F40/41 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | -,323 ,770 | -,617 ,296 |
| Anpassungsstörungen F43 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | | -,293 ,818 |
| Somatoforme Störungen F45 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | | |
| Sinnfindung RESH | | Affektive Störungen F3 | Angststörungen F40/41 | Anpassungs- störungen F43 | Somatoforme Störungen F45 |
| Affektive Störungen F3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,039 ,998 | -,406 ,263 | -,425 ,269 |
| Angststörungen F40/41 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | -,444 ,331 | -,464 ,328 |
| Anpassungsstörungen F43 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | | -,020 1,00 |
| Somatoforme Störungen F45 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | | |
| Ressourcengesamtwert RESGES | | Affektive Störungen F3 | Angststörungen F40/41 | Anpassungs- störungen F43 | Somatoforme Störungen F45 |
| Affektive Störungen F3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,076 ,981 | -,487 ,045 | -,350 ,265 |
| Angststörungen F40/41 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | -,563 ,050+ | -,426 ,228 |
| Anpassungsstörungen F43 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | | ,137 ,920 |
| Somatoforme Störungen F45 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | | |

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Tabelle C3: Korrelationen (Pearson, einseitige Testung): Ressourcenrealisierung zu Therapiebeginn und psychische Belastung (Depressivität, psychopathologische Belastung) zu Therapieende

| | | Depressivität (xBDI) zu t2 | Psychopath. Belastung (xSCLgsi) zu t2 |
|---|--------------------------------|----------------------------------|---|
| Wohlbefinden RESA | Kor Sig/K ¹ N | -,263 ,001* (N= 144) | -,152 ,026 (N= 164) |
| Stressbewältigung RESB | Kor Sig/K ¹ N | -,271 ,001* (N= 142) | -,224 ,002* (N= 162) |
| Unterstützung RESC | Kor Sig/K ¹ N | -,236 ,002* (N= 143) | -,167 ,016 (N= 164) |
| Krisenbewältigung RESD | Kor Sig/K ¹ N | -,323 ,000** (N= 141) | -,193 ,007* (N= 162) |
| Selbstwerterleben RESE | Kor Sig/K ¹ N | -,306 ,000** (N= 141) | -,231 ,002* (N= 161) |
| Pos. Selbstkonzept RESF | Kor Sig/K ¹ N | -,305 ,000** (N= 143) | -,293 ,000** (N= 163) |
| Nahe Beziehungen RESG | Kor Sig/K ¹ N | -,299 ,000** (N= 138) | -,114 ,076 (N=158) |
| Sinnfindung RESH | Kor Sig/K ¹ N | -,242 ,002* (N= 140) | -,148 ,032* (N= 158) |
| Ressourcen- gesamtwert RESGES | Kor Sig/K ¹ N | -,357 ,000** (N= 142) | -,249 ,001* (N= 162) |

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Tabelle C4: Darstellung signifikanter Folgetests (Scheffe), Ressourcenrealisierung und Depressivität zu Therapiebeginn

| Wohlbefinden RESA | | Normal BDIGES Gr 1 | Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 |
|---|-------------------------------------|-----------------------|---|---|
| Normal BDIGES Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,643 ,014 | 1,09 ,000** |
| Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,45 ,080 |
| Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |
| Stressbewältigung RESB | | Normal BDIGES Gr 1 | Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 |
| Normal BDIGES Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,274 ,347 | ,695 ,000** |
| Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,421 ,054 |
| Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |
| Unterstützung RESC | | Normal BDIGES Gr 1 | Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 |
| Normal BDIGES Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,503 ,213 | ,702 ,023 |
| Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,200 ,747 |
| Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |

Tabelle C4: Fortsetzung

| Krisenbewältigung RES D | | Normal BDIGES Gr 1 | Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 |
|---|-------------------------------------|------------------------------|---|---|
| Normal BDIGES Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,130 ,776 | ,426 ,034 |
| Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,297 ,214 |
| Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |
| Selbstwelterleben RESE | | Normal BDIGES Gr 1 | Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 |
| Normal BDIGES Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,414 ,201 | 1,041 ,000** |
| Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,628 ,014 |
| Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |
| Pos. Selbstkonzept RESF | | Normal BDIGES Gr 1 | Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 |
| Normal BDIGES Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,450 ,108 | ,894 ,000** |
| Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,444 ,076 |
| Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |
| Sinnfindung RESH | | Normal BDIGES Gr 1 | Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 |
| Normal BDIGES Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,450 ,085 | ,651 ,002* |
| Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,201 ,557 |
| Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |
| Ressourcengesamtwert RESGES | | Normal BDIGES Gr 1 | Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 |
| Normal BDIGES Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,393 ,058 | ,739 ,000** |
| Leichte Depressivität BDIGES Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,346 ,074 |
| Schwere Depressivität BDIGES Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01⁺

Tabelle C5: Darstellung signifikanter Folgetests (Scheffe), Ressourcenrealisierung und psychopathologische Belastung zu Therapiebeginn

| Wohlbefinden RESA | | Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Starke Belastung SCLGSI Gr 3 |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,525 ,028 | ,927 ,000** |
| Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,402 ,142 |
| Starke Belastung SCLGSI Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |

Tabelle C5: Fortsetzung

| Stressbewältigung RESB | | Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Starke Belastung SCLGSI Gr 3 |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,437 ,025 | ,604 ,003* |
| Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,166 ,602 |
| Starke Belastung SCLGSI Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |
| Unterstützung RESC | | Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Starke Belastung SCLGSI Gr 3 |
| Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,379 ,266 | ,569 ,088 |
| Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,190 ,735 |
| Starke Belastung SCLGSI Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |
| Krisenbewältigung RESD | | Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Starke Belastung SCLGSI Gr 3 |
| Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,300 ,139 | ,396 ,064 |
| Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,096 ,831 |
| Starke Belastung SCLGSI Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |
| Selbstwernerleben RESE | | Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Starke Belastung SCLGSI Gr 3 |
| Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,472 ,059 | ,930 ,000** |
| Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,458 ,085 |
| Starke Belastung SCLGSI Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |
| Pos. Selbstkonzept RESF | | Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Starke Belastung SCLGSI Gr 3 |
| Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,573 ,005* | ,873 ,000** |
| Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,299 ,249 |
| Starke Belastung SCLGSI Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |
| Sinnfindung RESH | | Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Starke Belastung SCLGSI Gr 3 |
| Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,268 ,273 | ,505 ,024 |
| Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,237 ,396 |
| Starke Belastung SCLGSI Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |
| Ressourcengesamtwert RESGES | | Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Starke Belastung SCLGSI Gr 3 |
| Unauffällig SCLGSI Gr 1 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | ,406 ,014 | ,648 ,000** |
| Messbare Belastung SCLGSI Gr 2 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | ,242 ,241 |
| Starke Belastung SCLGSI Gr 3 | Mittl. Diff. Sig./K ¹ | | | |

¹Bonferroni-Korrektur für Alpha auf 1%-Niveau < 0,001**, Alpha auf 5%-Niveau < 0,006*, Alpha auf 10%-Niveau < 0,01*

Tabelle C6: Korrelationen (Pearson, zweiseitige Testung): Therapieerfolgskriterien Katamnese

| | | Krankheitsdauer (in Wochen) | Therapie- bewertung | Zufriedenheit |
|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------|---------------------|
| Krankheitsdauer (in Wochen) | Kor Sig. (2-seitig) N | | ,279 ,001 132 | ,213 ,020 120 |
| Therapiebewertung | Kor Sig. (2-seitig) N | ,279 ,001 132 | | ,633 ,000 132 |
| Zufriedenheit | Kor Sig. (2-seitig) N | ,213 ,020 120 | ,633 ,000 132 | |

Tabelle C7: Überblick Unterschiede zw. Psychosomatik- und Suchtpatienten

| | Keine Unterschiede | Unterschiede | Anmerkungen |
|---|--|--|---|
| Personmerkmale (Therapiebeginn) | Alter Bildung Dauer Arbeitslosigkeit | Geschlecht Partner Arbeitslosigkeit | PS: mehr Frauen als Männer; SU: mehr Männer als Frauen PS: höhere Quote Partnerschaft PS: weniger Arbeitslosigkeit |
| Erkrankungs- merkmale (Therapiebeginn) | Suizidalität Dauer Arbeits-unfähigkeit | Diagnose Persönlichkeitsstörung Komorbidität Erkrankungsdauer | PS: mehr Persönlich- keitsstörungen und höhere Komorbidität PS: kürzere Erkrankungsdauer |
| Psychische Belastung (Therapiebeginn) | | Depressivität Psychopathologische Belastung | PS: höhere Depressivität und höhere psychopath. Belastung |
| Behandlungs- merkmale (Therapieende) | Art Entlassung (regulär- vorzeitig) | Behandlungszeit Depressivität Psychopathol. Belastung | PS: kürzere Behandlung PS: höhere Depressivität und höhere psychopath. Belastung zu Therapieende, weniger Verbesserung Belastung |
| Katamnese (1 Jahr nach Behandlung) | | Zufriedenheit | PS unzufriedener als SU |

Abbildungen

Abbildung C1: Interaktionsdiagramme der zweifaktoriellen VA mit Messwiederholung für die Ressourcenrealisierung Bereich Unterstützung

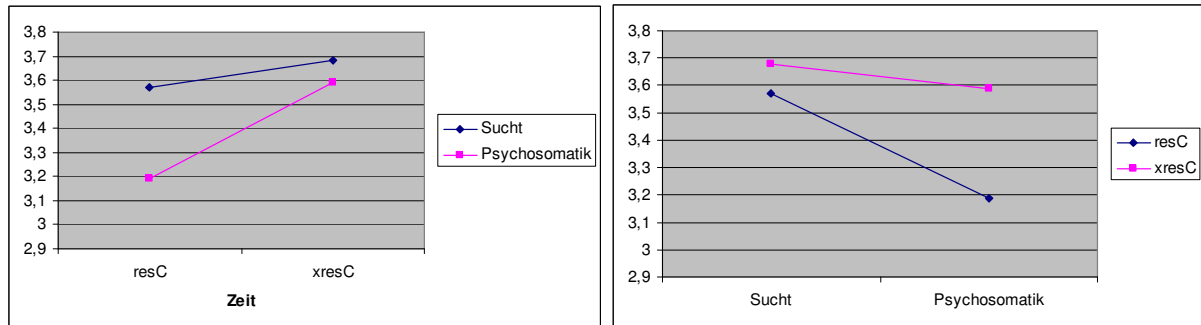


Abbildung C2: Interaktionsdiagramme der zweifaktoriellen VA mit Messwiederholung für die Ressourcenrealisierung Bereich positives Selbstkonzept

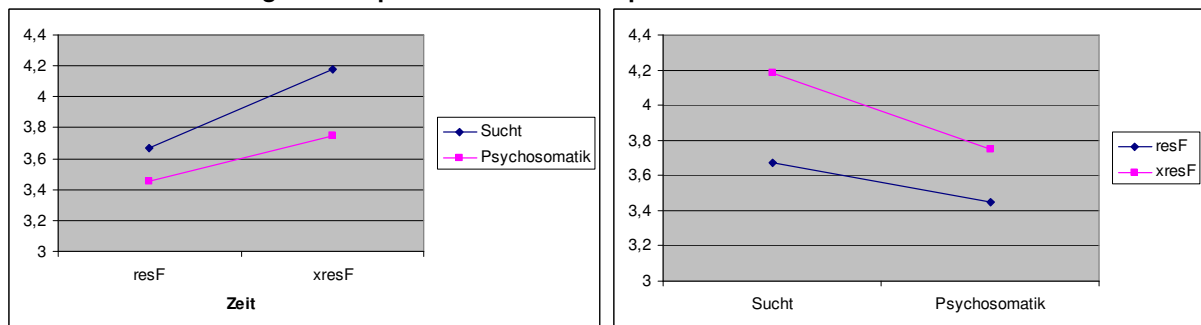


Abbildung C3: Interaktionsdiagramme der zweifaktoriellen VA mit Messwiederholung für die Ressourcenrealisierung Bereich nahe Beziehungen

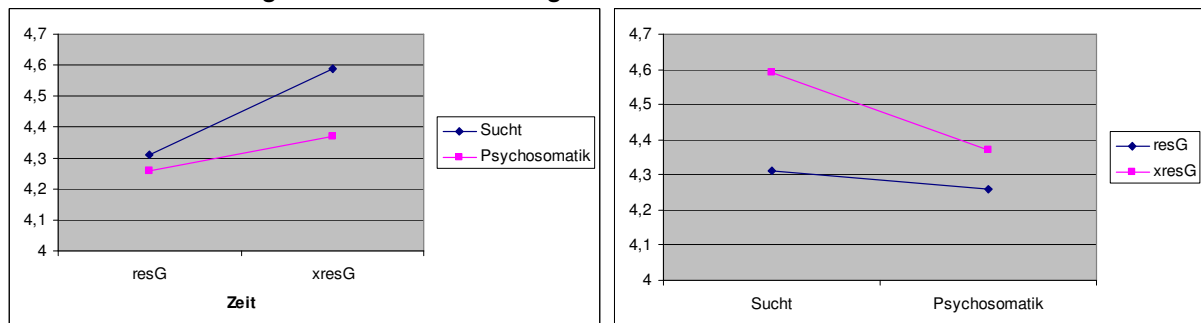


Abbildung C4: Interaktionsdiagramme der zweifaktoriellen VA mit Messwiederholung für die Ressourcenrealisierung Bereich Sinnfindung

